

BULLETIN

Officiel

Ministère des solidarités et de la santé

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 5 – 15 juin 2017

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, cheffe du bureau de la politique documentaire
Réalisation : SGMAS – DFAS – 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

3 mars 2017

Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée	72
--	-----------

21 mars 2017

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV <i>ter</i> de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code	121
---	------------

31 mars 2017

Instruction n° DGS/PP3/DREES/DMSI/2017/113 du 31 mars 2017 relative à l'enregistrement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical et de leurs sites de rattachement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)	64
---	-----------

4 avril 2017

Décision n° DSPHR 2017-01 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	3
Décision n° DSPHR 2017-02 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	5

7 avril 2017

Décision DG n° 2017-214 du 7 avril 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	7
Décision DG n° 2017-215 du 7 avril 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	8
Décision n° 2017-0033/DP/SG du 7 avril 2017 de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au directeur délégué	9
Instruction n° DGCS/SD4A/2017/121 du 7 avril 2017 relative à l'identification des diplômes du travail social délivrés par le ministère des affaires sociales et de la santé	116
Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.....	165

12 avril 2017

Décision n° 2017-27 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Auvergne-Rhône-Alpes.....	10
Décision no 2017-28 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Île-de-France.....	11
Décision n° 2017-29 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Est.....	13
Décision n° 2017-30 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Ouest.....	14
Décision n° 2017-31 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Nord-Ouest.....	16
Décision n° 2017-32 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Ouest.....	17
Décision n° 2017-33 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Est.....	18

13 avril 2017

Instruction n° DGS/VSS1/2017/128 du 13 avril 2017 relative à la prévention et à la préparation de la réponse au risque de dissémination d'arboviroses pendant la période d'activité du moustique vecteur <i>Aedes albopictus</i> du 1 ^{er} mai au 30 novembre 2017 dans les départements classés au niveau albopictus 1 du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole...	100
---	-----

19 avril 2017

Arrêté du 19 avril 2017 portant nomination des membres de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière.....	70
---	----

20 avril 2017

Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	19
Décision n° DS 2017-13 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	20
Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	22
Décision n° N 2017-11 du 20 avril 2017 portant nomination à l'Établissement français du sang.....	24
Décision n° DS 2017-02 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	187
Décision n° DS 2017-03 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	189
Décision n° DS 2017-04 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	190
Décision n° DS 2017-05 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	191
Décision n° DS 2017-06 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.....	192

	Pages
Décision n° DS 2017-07 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	194
Décision n° DS 2017-08 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	195
Décision n° DS 2017-10 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	197
Décision n° DS 2017-11 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	198
Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	199
Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	201
Décision n° DS 2017-15 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	202
Décision n° DS 2017-16 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	203
Décision n° DS 2017-17 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	204
Décision n° DS 2017-18 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	205
Décision n° DS 2017-19 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	206
Décision n° DS 2017-20 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	207
Décision n° DS 2017-21 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	209
Décision n° DS 2017-22 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	210
Décision n° DS 2017-23 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	212
Décision n° DS 2017-25 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	213
Décision n° DS 2017-26 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	215
Décision n° DS 2017-27 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	217
Décision n° DS 2017-28 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	218
Décision n° DS 2017-29 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	219
Décision n° DS 2017-30 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	220
Décision n° DS 2017-31 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	222
Décision n° DS 2017-33 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	223

	Pages
Décision n° DS 2017-34 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	224
Décision n° DS 2017-35 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	225
Décision n° DS 2017-36 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	226
Décision n° DS 2017-37 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	227
Décision n° DS 2017-38 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	228
Décision n° DS 2017-39 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	229
Décision n° DS 2017-40 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	230
Décision n° DS 2017-41 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	231
Décision n° DS 2017-42 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	232

21 avril 2017

Arrêté du 21 avril 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé.....	31
--	----

24 avril 2017

Instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions	88
---	----

25 avril 2017

Décision du 25 avril 2017 portant désignation d'un membre du comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise des risques des ministères chargés des affaires sociales.....	2
---	---

27 avril 2017

Instruction n° DGOS/RH2/2017/141 du 27 avril 2017 relative au champ d'exercice des infirmiers de bloc opératoire et à la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.....	33
--	----

2 mai 2017

Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 6 avril 2017 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves-inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2017	1
--	---

3 mai 2017

Arrêté du 3 mai 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de février 2017.....	52
---	----

	Pages
Décision DG n° 2017-228 du 3 mai 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	25
Décision DG n° 2017-229 du 3 mai 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	26
Décision du 3 mai 2017 portant agrément de l'UFR sciences humaines et sociales – Metz de l'université de Lorraine pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute	32
4 mai 2017	
Arrêté du 4 mai 2017 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° 0113 du 14 mai 2017).....	54
Décision n° 2016-170 du 4 mai 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative à la procédure de passation des marchés publics de l'ATIH	27
9 mai 2017	
Arrêté du 9 mai 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57 ^e promotion).....	182
Non daté	
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.....	185
Liste des agents de contrôle de la branche famille 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.....	186
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	29

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration générale

Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 6 avril 2017 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves-inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2017	1
Décision du 25 avril 2017 portant désignation d'un membre du comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise des risques des ministères chargés des affaires sociales.....	2

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Décision n° DSPHR 2017-01 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	3
Décision n° DSPHR 2017-02 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	5
Décision DG n° 2017-214 du 7 avril 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	7
Décision DG n° 2017-215 du 7 avril 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	8
Décision n° 2017-0033/DP/SG du 7 avril 2017 de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au directeur délégué	9
Décision n° 2017-27 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Auvergne-Rhône-Alpes	10
Décision n° 2017-28 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Île-de-France.....	11
Décision n° 2017-29 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Est	13
Décision n° 2017-30 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Ouest.....	14
Décision n° 2017-31 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Nord-Ouest.....	16
Décision n° 2017-32 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Ouest	17
Décision n° 2017-33 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Est	18
Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang	19
Décision n° DS 2017-13 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang	20
Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang	22

	Pages
Décision n° N 2017-11 du 20 avril 2017 portant nomination à l'Établissement français du sang	24
Décision DG n° 2017-228 du 3 mai 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	25
Décision DG n° 2017-229 du 3 mai 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	26
Décision n° 2016-170 du 4 mai 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative à la procédure de passation des marchés publics de l'ATIH	27
Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	29

SANTÉ

Professions de santé

Arrêté du 21 avril 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé.....	31
Décision du 3 mai 2017 portant agrément de l'UFR sciences humaines et sociales – Metz de l'université de Lorraine pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute	32
Instruction n° DGOS/RH2/2017/141 du 27 avril 2017 relative au champ d'exercice des infirmiers de bloc opératoire et à la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.....	33

Établissements de santé

Arrêté du 3 mai 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de février 2017.....	52
Arrêté du 4 mai 2017 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° 0113 du 14 mai 2017)	54

Organisation

Instruction n° DGS/PP3/DREES/DMSI/2017/113 du 31 mars 2017 relative à l'enregistrement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical et de leurs sites de rattachement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)	64
---	-----------

Personnel

Arrêté du 19 avril 2017 portant nomination des membres de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière.....	70
---	-----------

Santé publique

Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L.1172-1 et D.1172-1 à D.1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée.....	72
Instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions	88

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

Instruction n° DGS/VSS1/2017/128 du 13 avril 2017 relative à la prévention et à la préparation de la réponse au risque de dissémination d'arboviroses pendant la période d'activité du moustique vecteur <i>Aedes albopictus</i> du 1 ^{er} mai au 30 novembre 2017 dans les départements classés au niveau albopictus 1 du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole...	100
---	------------

SOLIDARITÉS

Professions sociales

Instruction n° DGCS/SD4A/2017/121 du 7 avril 2017 relative à l'identification des diplômes du travail social délivrés par le ministère des affaires sociales et de la santé	116
--	------------

Établissements sociaux et médico-sociaux

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV <i>ter</i> de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L.313-12-2 du même code.....	121
--	------------

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L.313-12 du code de l'action sociale et des familles.....	165
---	------------

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financemen

Arrêté du 9 mai 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57 ^e promotion).....	182
--	------------

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.....	185
---	------------

Liste des agents de contrôle de la branche famille 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.....	186
---	------------

Accidents du travail

Décision n° DS 2017-02 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	187
---	------------

Décision n° DS 2017-03 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	189
---	------------

Décision n° DS 2017-04 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	190
---	------------

Décision n° DS 2017-05 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	191
---	------------

	Pages
Décision n° DS 2017-06 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	192
Décision n° DS 2017-07 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	194
Décision n° DS 2017-08 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	195
Décision n° DS 2017-10 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	197
Décision n° DS 2017-11 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	198
Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	199
Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	201
Décision n° DS 2017-15 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	202
Décision n° DS 2017-16 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	203
Décision n° DS 2017-17 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	204
Décision n° DS 2017-18 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	205
Décision n° DS 2017-19 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	206
Décision n° DS 2017-20 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	207
Décision n° DS 2017-21 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	209
Décision n° DS 2017-22 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	210
Décision n° DS 2017-23 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	212
Décision n° DS 2017-25 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	213
Décision n° DS 2017-26 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	215
Décision n° DS 2017-27 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	217
Décision n° DS 2017-28 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	218
Décision n° DS 2017-29 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	219
Décision n° DS 2017-30 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	220
Décision n° DS 2017-31 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	222
Décision n° DS 2017-33 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	223

	Pages
Décision n° DS 2017-34 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	224
Décision n° DS 2017-35 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	225
Décision n° DS 2017-36 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	226
Décision n° DS 2017-37 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	227
Décision n° DS 2017-38 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	228
Décision n° DS 2017-39 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	229
Décision n° DS 2017-40 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	230
Décision n° DS 2017-41 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	231
Décision n° DS 2017-42 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	232

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

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

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 6 avril 2017 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves-inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2017

NOR : AFSR1730266A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

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 le décret n° 95-979 du 25 août 1995 modifié relatif au recrutement des travailleurs handicapés dans la fonction publique pris pour l'application de l'article 27 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

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 le décret n° 2006-1546 du 7 décembre 2006 modifié relatif à l'École des hautes études en santé publique ;

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

Arrête :

Article 1^{er}

L'article 2 de la liste des membres du jury de fin de scolarité des élèves-inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2017 est modifié comme suit :

Groupe d'examineurs n° 1 : Mme Karine HUET, membre en activité du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale, est remplacée par Mme Chantal BERHAULT, membre en activité du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale.

Article 2

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 officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 2 mai 2017.

Pour la ministre et par délégation :
La cheffe du bureau de la formation,
A. MYDLARZ

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

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

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Décision du 25 avril 2017 portant désignation d'un membre du comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise des risques des ministères chargés des affaires sociales

NOR : AFSZ1730223S

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Vu le décret n° 2011-497 du 5 mai 2011 modifié relatif à la maîtrise des risques et à l'audit interne au sein des ministères chargés des affaires sociales ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, et notamment son article 70 ;

Vu l'arrêté du 22 avril 2014 portant création d'un comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise des risques des ministères chargés des affaires sociales ;

Vu la décision du 4 septembre 2014 modifiée portant désignation des membres du comité de maîtrise des risques financiers au sein du comité stratégique de maîtrise des risques des ministères chargés des affaires sociales,

Décide :

Article 1^{er}

En modification de la décision du 4 septembre 2014 susvisée, est désigné comme membre du comité de maîtrise des risques financiers : M. Olivier de CADEVILLE, directeur général de l'agence régionale de santé de Bretagne, en remplacement de M. Paul CASTEL.

Article 2

La présente décision sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité, au *Bulletin officie* du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et au *Bulletin officie* du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports.

Fait le 25 avril 2017.

Le secrétaire général,
P. RICORDEAU

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DSPHR 2017-01 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730267S

Le pharmacien responsable de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1223-1, L. 5124-9-1, R. 5124-28-1, R. 5124-34 et R. 5124-36 ;

Vu la décision n° N 2013-08 du président de l'Établissement français du sang en date du 13 juin 2013 nommant Mme Anne FIALAIRE-LEGENDRE aux fonctions de pharmacien responsable de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2015-25 du président de l'Établissement français du sang en date du 29 juillet 2016 nommant M. Stéphane ROUX aux fonctions de pharmacien délégué de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon,

ÉTANT PRÉALABLEMENT EXPOSÉ

M. Stéphane ROUX, pharmacien délégué de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, est inscrit à l'ordre national des pharmaciens, à la section B (134570B), et exerce ses fonctions sous l'autorité hiérarchique du responsable de la plateforme ou, le cas échéant, du directeur de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté. Sur le plan fonctionnel, M. Stéphane ROUX, pharmacien délégué de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, rapporte au pharmacien responsable.

Le pharmacien responsable de l'EFS organise et surveille l'ensemble des opérations pharmaceutiques de l'EFS dans le champ des médicaments de thérapie innovante (MTI) et permet la certification des lots en application des bonnes pratiques de fabrication.

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à M. Stéphane ROUX, pharmacien délégué de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, à l'effet de certifier, au nom du pharmacien responsable de l'EFS, les lots produits sur la plateforme.

Article 2

Cette délégation s'exerce dans le strict respect de la charte jointe au présent document.

Article 3

Cette délégation entre en vigueur le 4 avril 2017 pour une durée de deux ans.

Article 4

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

Fait le 4 avril 2017.

Le pharmacien responsable de l'EFS,
A. FIALAIRE-LEGENDRE

Le pharmacien délégué de l'EFS
Bourgogne-Franche-Comté,
S. ROUX

ANNEXE

CHARTRE ENTRE LE PHARMACIEN RESPONSABLE ET LE PHARMACIEN DÉLEGUÉ

Pour permettre l'application de la délégation, le pharmacien délégué est soumis aux obligations suivantes vis-à-vis du pharmacien responsable :

1. Informations du pharmacien responsable :
 - dans le cas où les effectifs des personnels en charge de la production et du contrôle personnel seraient insuffisants en nombre et en qualification ;
 - avant démarrage des lots de transfert et des media process test pour validation du protocole envisagé ;
 - lors de l'inclusion de chaque patient dans un protocole autorisé et financé ;
 - dans le cadre du suivi des cibles des indicateurs qualité du processus (remontée trimestrielle ou semestrielle selon les cas).
2. Informations du pharmacien responsable avant action du pharmacien délégué :
 - dans le cadre de la mise en œuvre des actions correctives ou préventives suite aux inspections, audits, vigilance, contrôle qualité et non conformités.
3. Informations du pharmacien responsable pour prise en charge de l'action par le pharmacien responsable :
 - avant signature de tout contrat de prestation de services et/ou d'essai clinique et/ou accord de consortium à fin de vérification des garanties d'application des bonnes pratiques de fabrication ;
 - avant acceptation de toute modification de la prestation initialement prévue contractuellement si elle est considérée comme critique (portant atteinte à la qualité du produit, l'efficacité du procédé et à la sécurité du personnel) ;
 - dans le cadre de réclamations (défaut de qualité susceptible d'altérer la qualité ou la nature de la prestation de services) et de rappel de lots ;
 - dans le cadre de déclaration de pharmacovigilance ;
 - avant certification des lots dès lors qu'une des conditions suivantes n'est pas réunie :
 - dossier de lot démontrant la conformité avec le dossier de spécifications du médicament ;
 - description des conditions de production conformes à celles établies dans les lots de transfert ;
 - informations concernant la qualification des locaux, du matériel et la validation des procédés et des méthodes ayant fait l'objet de déviations ;
 - informations relatives à l'origine des produits et à la vérification des conditions de stockage et d'expédition.

D'une manière générale, le pharmacien délégué rend régulièrement compte au pharmacien responsable du déroulement de l'ensemble des activités pharmaceutiques de l'établissement. Le pharmacien délégué veille, à cette occasion, à effectuer un compte rendu précis et exhaustif sur l'ensemble des questions relevant de ses fonctions. Il répond également à toute demande de renseignements ou de précisions formulée par le pharmacien responsable.

Signatures

(précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Le pharmacien responsable de l'EFS,
A. FIALAIRE-LEGENDRE

Le pharmacien délégué de l'EFS
Bourgogne-Franche-Comté,
S. ROUX

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DSPHR 2017-02 du 4 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730268S

Le pharmacien responsable de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1223-1, L. 5124-9-1, R. 5124-28-1 et R. 5124-34 ;

Vu la décision n° N 2013-08 du président de l'Établissement français du sang en date du 13 juin 2013 nommant Mme Anne Fialaire-Legendre aux fonctions de pharmacien responsable de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° 2016-18 du président de l'Établissement français du sang en date du 2 mai 2016 nommant Mme Jeanne Galaine aux fonctions de pharmacien adjoint de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon,

ÉTANT PRÉALABLEMENT EXPOSÉ

Mme Jeanne GALAINE, pharmacien adjoint de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, est inscrite à l'ordre national des pharmaciens, à la section B (162517B) et exerce ses fonctions sous l'autorité hiérarchique du responsable de la plateforme ou, le cas échéant, du directeur de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté. Sur le plan fonctionnel, Mme Jeanne GALAINE, pharmacien adjoint de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, rapporte au pharmacien délégué et, en son absence, au pharmacien responsable.

Le pharmacien responsable de l'EFS organise et surveille l'ensemble des opérations pharmaceutiques de l'EFS dans le champ des médicaments de thérapie innovante (MTI) et permet la certification des lots en application des bonnes pratiques de fabrication.

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Jeanne GALAINE, pharmacien adjoint de l'Établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, site de Besançon, à l'effet de certifier, au nom du pharmacien responsable de l'EFS, les lots produits sur la plateforme.

Article 2

Cette délégation s'exerce dans le strict respect de la charte jointe au présent document.

Article 3

Cette délégation entre en vigueur le 4 avril 2017 pour une durée de deux ans.

Article 4

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

Fait le 4 avril 2017.

Le pharmacien responsable de l'EFS,
A. FIALAIRE-LEGENDRE

Le pharmacien adjoint de l'EFS
Bourgogne-Franche-Comté,
J. GALAINE

ANNEXE

CHARTRE ENTRE LE PHARMACIEN RESPONSABLE ET LE PHARMACIEN ADJOINT

Pour permettre l'application de la délégation et en l'absence du pharmacien délégué, le pharmacien adjoint est soumis aux obligations suivantes vis-à-vis du pharmacien responsable.

1. Informations du pharmacien responsable :

- dans le cas où les effectifs des personnels en charge de la production et du contrôle personnel seraient insuffisants en nombre et en qualification ;
- avant démarrage des lots de transfert et des media process test pour validation du protocole envisagé ;
- lors de l'inclusion de chaque patient dans un protocole autorisé et financé ;
- dans le cadre du suivi des cibles des indicateurs qualité du processus (remontée trimestrielle ou semestrielle selon les cas).

2. Informations du pharmacien responsable avant action du pharmacien adjoint :

- dans le cadre de la mise en œuvre des actions correctives ou préventives suite aux inspections, audits, vigilance, contrôle qualité et non-conformités ;

3. Informations du pharmacien responsable pour prise en charge de l'action par le pharmacien responsable :

- avant signature de tout contrat de prestation de services et/ou d'essai clinique et/ou accord de consortium à fin de vérification des garanties d'application des bonnes pratiques de fabrication ;
- avant acceptation de toute modification de la prestation initialement prévue contractuellement si elle est considérée comme critique (portant atteinte à la qualité du produit, l'efficacité du procédé et à la sécurité du personnel) ;
- dans le cadre de réclamations (défaut de qualité susceptible d'altérer la qualité ou la nature de la prestation de service) et de rappel de lots ;
- dans le cadre de déclaration de pharmacovigilance ;
- avant certification des lots dès lors qu'une des conditions suivantes n'est pas réunie :
 - dossier de lot démontrant la conformité avec le dossier de spécifications du médicament ;
 - description des conditions de production conformes à celles établies dans les lots de transfert ;
 - informations concernant la qualification des locaux, du matériel et la validation des procédés et des méthodes ayant fait l'objet de déviations ;
 - informations relatives à l'origine des produits et vérification des conditions de stockage et d'expédition.

D'une manière générale, en cas d'absence temporaire du pharmacien délégué, le pharmacien adjoint rend compte au pharmacien responsable du déroulement de l'ensemble des activités pharmaceutiques de l'établissement. Il veille, à cette occasion, à effectuer un compte rendu précis et exhaustif sur l'ensemble des questions relevant de ses fonctions. Il répond également à toute demande de renseignements ou de précisions formulée par le pharmacien responsable.

Signatures

(précédées de la mention manuscrite « lu et approuvé »)

Le pharmacien responsable de l'EFS,
A. FIALAIRE-LEGENDRE

Le pharmacien adjoint de l'EFS
Bourgogne-Franche-Comté,
J. GALAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG n° 2017-214 du 7 avril 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : AFSM1730201S

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG n° 2012-237 du 24 septembre 2012 modifiée portant organisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1^{er}

Est désignée en qualité d'inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : Mme Ibtissem ABDAT, docteur en pharmacie.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 7 avril 2017.

Le directeur général,
DR D. MARTIN

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG n° 2017-215 du 7 avril 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : AFSM1730204S

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG n° 2017-214 du 7 avril 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1^{er}

En application des articles L. 5313-1 à L. 5313-3 et R. 5412-1 du code de la santé publique, est habilitée à la recherche et à la constatation d'infractions pénales l'inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dont le nom suit : Mme Ibtissem ABDAT, docteur en pharmacie.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 7 avril 2017.

Le directeur général,
DR D. MARTIN

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision n° 2017-0033/DP/SG du 7 avril 2017 de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au directeur délégué

NOR : HASX1730200S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

Vu les articles L. 161-43 et R. 161-79 du code de la sécurité sociale ;

Vu les articles 16 et 18 de la loi n° 2017-55 du 20 janvier 2017 portant statut général des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes ;

Vu le décret du Président de la République du 3 mars 2016 portant nomination de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2016-0006/DP/SG du 7 mars 2016 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au directeur,

Décide :

Article 1^{er}

En cas d'empêchement simultané de la présidente et du directeur, délégation est donnée à M. Nicolas LABRUNE, directeur délégué, pour signer, en mon nom, tout acte relatif au fonctionnement et à l'exercice des missions de la Haute Autorité de santé, à sa représentation en justice et dans les actes de la vie civile.

Article 2

La présente décision prend effet le 7 avril 2017 et sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 7 avril 2017.

La présidente,
PR A. BUZYN

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-27 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Auvergne-Rhône-Alpes

NOR : AFSX1730259S

Le président de l'Institut national du cancer,
Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;
Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;
Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;
Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publié sur le site Internet de l'INCa ;
Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publiée sur le site Internet de l'INCa ;
Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « AuRACLE » ;
Vu la demande de prolongation de l'identification signée par le centre Léon-Bérard, organisme de rattachement de ladite OIR, dont le siège est situé 28, rue Laennec, 69008 Lyon,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique intitulée « AuRACLE », constituée des membres suivants :

- CHU Grenoble ;
- CHU Saint-Etienne ;
- CHU Clermont-Ferrand ;
- CHU hospices civils de Lyon ;
- CLCC Léon-Bérard ;
- CLCC Jean-Perrin,

bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires.

Fait le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-28 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Île-de-France

NOR : AFSX1730260S

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « CANPEDIF » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification, signée par Gustave ROUSSY Cancer campus Grand Paris, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé privé d'intérêt collectif dont le siège est situé au 114, rue Édouard-Vaillant, 94805 Villejuif Cedex,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « CANPEDIF », constituée des membres suivants :

- Institut Curie ;
 - Institut de cancérologie Gustave-Roussy ;
 - hôpital Armand-Trousseau ;
 - hôpital Robert-Debré ;
 - hôpital universitaire Necker-Enfants malades ;
 - hôpital universitaire du Kremlin-Bicêtre
 - groupe hospitalier Saint-Louis - Lariboisière ;
 - Fondation ophtalmologique Rothschild ;
 - centre hospitalier régional Félix-Guyon (La Réunion),
- bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires, le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-29 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Est

NOR : AFSX1730263S

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « ONCOSOLEIL » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification signée par l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé dont le siège est situé 80, rue Brochier, 13354 Marseille Cedex 05,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « ONCOSOLEIL » constituée des membres suivants :

- centre de cancérologie pédiatrique de Marseille, APHM ;
- centre de cancérologie pédiatrique, CHU Montpellier ;
- centre de cancérologie pédiatrique, CHU Nice ;
- CLCC centre Antoine-Lacassagne, Nice ;
- CLCC centre Paul-Lamarque, Montpellier,

bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires.

Fait le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-30 en date du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Ouest

NOR : AFSX1730265SA4

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « Grand Ouest pour les cancers de l'enfant (GOCE) » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification, signée par le centre hospitalier universitaire de Nantes, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé dont le siège est situé 5, allée de l'Île-Gloriette, 49093 Nantes Cedex 1,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « GOCE », constituée des membres suivants :

- CHU Angers ;
 - CHU Brest ;
 - CHU Caen ;
 - CHU Nantes ;
 - CHU Poitiers ;
 - CHU Rennes ;
 - CHU Tours ;
 - Institut de cancérologie de l'Ouest (ICO) - centre René-Gauducheau, Nantes ;
 - CLCC centre Eugène-Marquis, Rennes,
- bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires, le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-31 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Nord-Ouest

NOR : AFSX1730264S

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « réseau inter-régional d'oncologie pédiatrique Nord-Ouest (RIOP-NO) » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification signée par le Centre de lutte contre le cancer – Oscar-Lambret, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé privé à but non lucratif, dont le siège est situé 3, rue Frédéric-Combemale, BP 307, 59020 Lille Cedex,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « RIOP-NO » constituée des membres suivants :

- CLCC Oscar-Lambret Lille ;
- CHU Lille ;
- CHU Rouen ;
- CHU Amiens,

bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires.

Fait le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-32 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Sud-Ouest

NOR : AFSX1730262S

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 16 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique intitulée « interrégion Sud-Ouest de prise en charge des cancers et leucémies de l'enfant et l'adolescent (ISOCELE) » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification signée par le Centre hospitalier de Bordeaux, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé dont le siège est situé rue Dubernat, 33400 Talence,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « ISOCELE » constituée des membres suivants :

- CHU Bordeaux ;
- CHU Limoges ;
- CHU Toulouse ;
- CLCC Claudius-Regaud Toulouse,

bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires.

Fait le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision n° 2017-33 du 12 avril 2017 portant prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique Grand-Est

NOR : AFSX1730261S

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu les articles L. 1415-2 (5°) et D. 1415-1-8 du code de la santé publique ;

Vu les critères d'agrément pour la pratique du traitement des cancers des enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Vu la procédure générique d'identification par l'Institut national du cancer (INCa) d'organisations œuvrant dans le domaine du cancer, approuvée par son conseil d'administration en date du 16 octobre 2009 ;

Vu l'appel à candidatures relatif à l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu les modalités de renouvellement de l'identification des organisations interrégionales de recours en oncologie pédiatrique, publiée sur le site Internet de l'INCa ;

Vu la décision en date du 13 mai 2016 portant renouvellement de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique « GE-HOPE » ;

Vu la demande de prolongation de l'identification signée par le centre hospitalier universitaire de Nancy, organisme de rattachement de ladite OIR, établissement de santé dont le siège est situé 29, avenue Delattre-de-Tassigny, 54000 Nancy,

Décide :

Article 1^{er}

Prolongation de l'identification

Compte tenu de la demande de prolongation de l'identification de l'organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique, intitulée « GE-HOPE » constituée des membres suivants :

- CHU Dijon ;
- CHU Besançon ;
- CHU Nancy ;
- CHU Reims ;
- CHU Strasbourg,

bénéficie d'une prolongation d'identification par l'INCa.

Article 2

Durée

L'identification est prolongée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication de la décision

La présente décision est publiée sur le *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait en deux exemplaires

Fait le 12 avril 2017.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature
à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730269S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 1222-8 ;

Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2016-12 du 16 mars 2016 du président de l'Établissement français du sang portant nomination de M. Rémi Courbil en qualité de directeur de l'établissement de transfusion sanguine de Nord de France (EFS Nord de France) à compter du 1^{er} avril 2016,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à M. Rémi Courbil, directeur de l'EFS Nord de France, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, la convention à conclure avec le laboratoire de fractionnement et des biotechnologies (groupe LFB) ayant pour objet de fixer les obligations dans les domaines de la santé, de la sécurité au travail, de la sûreté et de la protection environnementale en mode d'exploitation normale et dégradée de l'ensemble immobilier dit « Belfort-Trévisé » dont l'EFS et le LFB sont copropriétaires, situé à Lille (59), 10-12, boulevard de Belfort et 55-57-59 et 77-79, rue de Trévisé.

Article 2

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

Fait le 20 avril 2017.

Le président de l'Établissement français du sang,
F.TOUJAS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2017-13 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730270S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-5 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2017-11 du président de l'Établissement français du sang en date du 20 avril 2017 nommant Mme Christine BIZIEN aux fonctions de directrice des achats, des approvisionnements et de l'immobilier de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à Mme Christine BIZIEN, directrice des achats, des approvisionnements et de l'immobilier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, dans la limite de ses attributions et sous réserve du respect du règlement intérieur des marchés de l'Établissement français du sang, les actes suivants :

1. Pour les marchés publics de la direction des achats, des approvisionnements et de l'immobilier :
 - pour les marchés publics d'un montant inférieur à 50 000 € (HT) :
 - les notes justifiant le choix du titulaire du marché ;
 - les engagements contractuels ;
 - les admissions et les constatations de service fait ;
 - pour les marchés publics d'un montant égal ou supérieur à 50 000 € (HT) :
 - les ordres de service ;
 - les admissions et les constatations de service fait.
2. Pour les marchés publics de fournitures et de services, quel qu'en soit le montant :
 - les registres de dépôt des plis des candidats ;
 - les décisions de sélection des candidatures ;
 - les courriers adressés aux candidats.
3. Pour les accords-cadres, les actes préalable à la conclusion des marchés subséquents.
4. Les bons de commande portant sur les dépenses de fonctionnement, quel qu'en soit le montant, à l'exclusion des bons de commande des marchés publics de la direction des achats, des approvisionnements et de l'immobilier.
5. En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, et de Mme Christel DUBROCA, directrice des affaires financières, les bons de commande portant sur les dépenses d'investissement, à l'exclusion des bons de commande des marchés publics de la direction des achats, des approvisionnements et de l'immobilier.

Article 2

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Christine BIZIEN, délégation est donnée à Mme Emmanuelle POUPARD, directrice adjointe des achats, des approvisionnements et de l'immobilier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes visés à l'article 1^{er}.

Article 3

La décision n° DS 2017-01 du 23 janvier 2017 est abrogée à compter du 2 mai 2017.

Article 4

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 2 mai 2017.

Fait le 20 avril 2017.

Le président de l'Établissement français du sang,
F.TOUJAS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730271S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-5 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2015-08 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 nommant M. Jacques BERTOLINO aux fonctions de directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1^{er}

Délégation est donnée à M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes suivants :

1. Pour les marchés publics, et sous réserve du respect du règlement intérieur des marchés de l'Établissement français du sang :

- pour les marchés publics d'un montant inférieur à 134 000 € (HT) :
 - les notes justifiant le choix du titulaire du marché et les rapports de présentation ;
 - les décisions relatives à la fin de la procédure ;
 - les engagements contractuels ;
 - les actes relatifs à l'exécution des marchés publics, excepté leur résiliation ;
- pour les marchés publics d'un montant égal ou supérieur à 134 000 € (HT), les actes relatifs à leur exécution, excepté leur résiliation ;
- les bons de commande portant sur les dépenses de fonctionnement des marchés publics de la direction des achats, des approvisionnements et de l'immobilier ;
- en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Christine BIZIEN, directrice des achats, des approvisionnements et de l'immobilier, et de Mme Emmanuelle POUPARD, directrice adjointe des achats, des approvisionnements et de l'immobilier, les bons de commande portant sur les dépenses de fonctionnement ;
- les bons de commande portant sur les dépenses d'investissement des marchés publics de la direction des affaires financières ;
- en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Christelle DUBROCA, directrice des affaires financières, les bons de commande portant sur les dépenses d'investissement ;
- les certifications de service fait pour les prestations dont Mme Christelle DUBROCA, directrice des affaires financières, aura constaté le service fait ;
- en cas d'absence ou d'empêchement de Mme Christelle DUBROCA, directrice des affaires financières, les certifications de service fait.

2. Pour les contrats et conventions :

- les contrats et conventions d'un montant inférieur à 134 000 € (HT) ;
- les actes préparatoires et les actes d'exécution des contrats et conventions sans limitation de montant.

Article 2

Délégation est donnée à M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes suivants :

1. Sous réserve des dispositions de l'article 197 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, l'ouverture d'un compte bancaire auprès d'un établissement de crédit ;
2. La fermeture d'un compte bancaire de l'Établissement français du sang détenu par un établissement de crédit ;
3. Les ordres de placement des fonds de l'Établissement français du sang à moyen et long terme destinés à l'agent comptable principal.

Article 3

Délégation est donnée à M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes nécessaires à l'obtention des autorisations d'urbanisme.

Article 4

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, délégation est donnée à Mme Christel DUBROCA, directrice des affaires financières, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes visés à l'article 2.

Article 5

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, délégation est donnée à Mme Christine BIZIEN, directrice des achats, des approvisionnements et de l'immobilier, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes visés à l'article 3.

Article 6

La décision n° DS 2015-13 du 12 janvier 2015 est abrogée à compter du 2 mai 2017.

Article 7

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 2 mai 2017.

Fait le 20 avril 2017.

Le président de l'Établissement français du sang,
F. TOUJAS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ÉFS
Établissement français du sang

**Décision n° N 2017-11 du 20 avril 2017 portant nomination
à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730272S

Le président de l'Établissement français du sang,
Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 1222-8 ;
Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1^{er}

Mme Christine BIZIEN est nommée directrice des achats, des approvisionnements et de l'immobilier de l'Établissement français du sang à compter du 2 mai 2017.

Article 2

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

Fait le 20 avril 2017.

Le président de l'Établissement français du sang,
F.TOUJAS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG n° 2017-228 du 3 mai 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : AFSM1730254S

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG n° 2012-237 du 24 septembre 2012 modifiée portant organisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1^{er}

Est désignée en qualité d'inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : Mme Alexandra DANET, docteur en sciences.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 mai 2017.

Le directeur général,
DR D. MARTIN

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM

Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG n° 2017-229 du 3 mai 2017 portant habilitation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : AFSM1730255S

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,
Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG n° 2017-228 du 3 mai 2017 portant désignation d'une inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1^{er}

En application des articles L. 5313-1 à L. 5313-3 et R. 5412-1 du code de la santé publique, est habilitée à la recherche et à la constatation d'infractions pénales l'inspectrice de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dont le nom suit : Mme Alexandra DANET, docteur en sciences.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 mai 2017.

Le directeur général,
DR D. MARTIN

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ATI^H

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Décision n° 2016-170 du 4 mai 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative à la procédure de passation des marchés publics de l'ATI^H

NOR : AFSX1730256S

Le directeur général,

Vu les articles R. 6113-33 et suivants du code de la santé publique ;

Vu l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ;

Vu le décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2015 portant nomination du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;

Vu la décision n° 2009-02 du 30 janvier 2009 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;

Vu les décisions n° 2012-02 et n° 2012-03 du 31 janvier 2012 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation,

Décide :

Article 1^{er}

Aux fins de permettre une mise en concurrence effective et de garantir la transparence des procédures, les marchés publics de travaux, de services et de fournitures dont la valeur estimée est inférieure aux seuils de procédure formalisée visés à l'article 25 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics seront passés selon les modalités de mise en concurrence et de publicité suivantes :

- pour les marchés dont la valeur estimée est inférieure à 15 000 € (HT) : la mise en concurrence de plusieurs opérateurs économiques par le service ou le pôle acheteur est conseillée afin de s'assurer d'obtenir l'offre la plus pertinente pour répondre au besoin et de préserver la bonne utilisation des deniers publics ;
- pour les marchés dont la valeur estimée est égale ou supérieure à 15 000 € (HT) et inférieure à 25 000 € (HT) : la mise en concurrence de trois opérateurs économiques minimum est réalisée par le service ou le pôle acheteur afin de s'assurer d'obtenir l'offre la plus pertinente pour répondre au besoin et de préserver la bonne utilisation des deniers publics ;
- pour les marchés dont la valeur estimée est supérieure ou égale à 25 000 € (HT) et inférieure à 90 000 € (HT) : un dossier de consultation des entreprises, comprenant *a minima* un règlement de la consultation et un cahier des clauses particulières, est mis à disposition des opérateurs économiques sur le profil acheteur de l'ATI^H et un avis d'appel public à concurrence est publié sur un support adapté à l'objet du marché par le pôle affaires juridiques et marchés ;
- pour les marchés dont la valeur estimée est supérieure ou égale à 90 000 € (HT) et inférieure aux seuils européens : un dossier de consultation des entreprises, comprenant *a minima* un règlement de la consultation et un cahier des clauses particulières, est mis à disposition des opérateurs économiques sur le profil acheteur de l'ATI^H et un avis d'appel public à concurrence est publié au *Bulletin officiel* des marchés publics (BOAMP) par le pôle affaires juridiques et marchés.

Article 2

Pour les marchés publics dont la valeur estimée est égale ou supérieure à 25 000 € (HT) et inférieure aux seuils de procédure formalisée susvisés, les candidatures et les offres sont ouvertes par le pôle affaires juridiques et marchés et, le cas échéant, par un représentant du service ou du pôle acheteur.

Pour les marchés publics dont la valeur estimée est égale ou supérieure aux seuils de procédure formalisée susvisés, les candidatures et les offres sont ouvertes par le pôle affaires juridiques et marchés et par un représentant du service ou du pôle acheteur.

Un rapport d'ouverture des candidatures et des offres est établi par le pôle affaires juridiques et marchés.

Article 3

Les candidatures et les offres sont analysées par le service ou le pôle acheteur qui établit, avec l'appui du pôle affaires juridiques et marchés, un rapport d'analyse des candidatures et des offres comprenant :

- une analyse des candidatures ;
- une analyse des offres ;
- une proposition quant à l'issue de la procédure.

Chaque marché public est attribué à l'offre économiquement la plus avantageuse par le directeur général ou par toute personne ayant reçu délégation aux fins de signer des marchés publics dans la limite de ses attributions.

Pour les marchés dont la valeur estimée est supérieure à 90 000 € (HT), l'attribution du marché intervient après avis de la commission consultative réunie pour le jugement des candidatures et des offres.

Article 4

La commission consultative visée à l'article précédent est composée comme suit :

- le directeur général de l'ATIH, président de séance, ou son représentant ;
- le chef du service acheteur ;
- la secrétaire générale ;
- le responsable du pôle acheteur ;
- le responsable du pôle « affaires juridiques et marchés » ;
- le responsable du pôle « budget, comptabilité et gestion » ;
- toute autre personne invitée en qualité d'expert.

Pour les marchés dont la valeur estimée est supérieure aux seuils de procédure formalisée, la commission consultative comprend en outre :

- l'agent comptable de l'ATIH ;
- le contrôleur financier de l'ATIH.

Les convocations des membres de la commission consultative sont adressées par voie électronique cinq jours francs avant la date prévue pour la réunion de la commission. Elles comportent un ordre du jour et sont accompagnées des pièces suivantes :

- règlement de la consultation ainsi que du rapport d'ouverture des candidatures et des offres ;
- rapport d'analyse des candidatures et des offres.

La commission formule un avis sur l'analyse des candidatures et des offres établie par le service ou le pôle acheteur.

Le responsable du pôle affaires juridiques et marchés, secrétaire de séance, établit un procès-verbal auquel est joint le rapport d'analyse des offres.

La commission consultative établit, en tant que de besoin, des règles de fonctionnement dans le cadre de ses attributions.

Article 5

La décision n° 2009-02 du 30 janvier 2009 ainsi que les décisions n° 2012-02 et n° 2012-03 du 31 janvier 2012 susvisées sont abrogées.

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

Fait le 4 mai 2017.

Le directeur général,
H. HOLLA

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF
Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : AFSX1730273X

Direction de la stratégie, des études et des statistiques.

Direction régionale du service médical de Bretagne.

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 DE LA STRATÉGIE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES (DSES)

M. Ayden TAJAHMADY

Décision du 1^{er} avril 2017

Délégation est accordée à M. Ayden TAJAHMADY, adjoint au directeur de la stratégie des études et des statistiques, pour signer :

- la correspondance courante de la direction de la stratégie des études et des statistiques ;
- les lettres-réseau, circulaires et enquêtes questionnaires ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la direction de la stratégie des études et des statistiques est maître d'ouvrage.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DÉPARTEMENT ÉTUDES DE SANTÉ PUBLIQUE (DESP)

Mme Anne FAGOT-CAMPAGNA

Décision du 1^{er} avril 2017

Délégation de signature est accordée à Mme Anne FAGOT-CAMPAGNA, responsable du département études de santé publique, DSES, pour signer :

- la correspondance courante du département ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

Mme Christelle MENAGER

Décision du 1^{er} avril 2017

Délégation de signature est accordée à Mme Christelle MENAGER, adjointe au responsable du département études de santé publique, DSES, pour signer :

- la correspondance courante du département ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.
Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DÉPARTEMENT MAÎTRISE D'OUVRAGE INFORMATIQUE STRATÉGIE ET ÉTUDES (MOISE)

Mme Marie Hélène MOUGARD

Décision du 31 mars 2016

La délégation de signature accordée à Mme Marie-Hélène MOUGARD par décision du 17 novembre 2014 est abrogée le 31 mars 2016 au soir.

La présente décision sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.
Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE BRETAGNE (DRSM)

M. le docteur Pierre-Alain ALADEL

Décision du 28 avril 2017

Délégation est donnée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, médecin conseil régional de la direction régionale du service médical de Bretagne, 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 officie* santé, protection sociale, solidarité.
Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 21 avril 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé

NOR : AFSS1730275A

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 182-4, R. 162-54 et R. 182-3 et suivants ;
Vu la proposition de la Chambre nationale des services ambulanciers,

Arrête :

Article 1^{er}

I. – Est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des transporteurs sanitaires, M. Dominique HUNAULT.

II. – Est nommé membre suppléant de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des transporteurs sanitaires, M. Serge NOSSOVITCH.

Article 2

Le directeur de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 21 avril 2017.

Pour la ministre des affaires sociales
et de la santé et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. VALLET

Pour le directeur de la sécurité sociale :
Le chef de service, adjoint
au directeur de la sécurité sociale,
J. BOSREDON

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 3 mai 2017 portant agrément de l'UFR sciences humaines et sociales – Metz de l'université de Lorraine pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute

NOR : AFSH1730252S

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 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute modifié ;

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

Décident :

Article 1^{er}

L'UFR sciences humaines et sociales – Metz de l'université de Lorraine est agréée pour délivrer une formation en psychopathologie clinique conduisant au titre de psychothérapeute pour une 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 officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 mai 2017.

Pour la ministre et par délégation :

Pour la directrice générale de l'offre de soins :
Sous-direction des ressources humaines
du système de santé :
Le sous-directeur,
M. ALBERTONE

Pour le chargé des fonctions de directeur
général de l'enseignement supérieur
et de l'insertion professionnelle par intérim :
*La cheffe du 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

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau de l'exercice, de la déontologie
et du développement professionnel continu
(RH2)

Instruction n° DGOS/RH2/2017/141 du 27 avril 2017 relative au champ d'exercice des infirmiers de bloc opératoire et à la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire

NOR : AFSH1712924J

Validée par le COMEX JSCS le 13 avril 2017.

Validée par le CNP le 14 avril 2017. – Visa CNP 2017-47.

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 note a pour objet de préciser le champ d'exercice des infirmiers de bloc opératoire et les conditions de mise en place de la VAE pour l'obtention du DE IBODE.

Mots clés : champ d'exercice – formation – VAE IBODE – guide jury – parcours mixtes.

Références :

Code de la santé publique ;

Décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire ;

Arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire ;

Arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire ;

Arrêté du 12 mars 2015 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire ;

Arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire,

Annexes :

Annexe 1. – Écoles désignées pour accueillir les candidats en parcours mixte.

Annexe 2. – Le guide du jury.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour exécution).

INTRODUCTION

Depuis plusieurs mois, la profession d'infirmier de bloc opératoire a vu son champ d'exercice, sa formation et ses modalités d'acquisition du diplôme évoluer. À l'occasion de la mise à jour des documents nécessaires à la mise en œuvre de la procédure de validation des acquis de l'expérience

(VAE) pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire (IBODE), un dispositif de simplification et d'accompagnement des parcours mixtes a été créé. La présente instruction vient préciser et expliquer ces évolutions réglementaires.

Les évolutions du dispositif de VAE introduit par la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels ne sont pas ici traitées. En effet, l'édition d'un décret en Conseil d'État étant nécessaire pour mettre en œuvre la loi, l'ancienne réglementation continue d'être appliquée dans l'attente de la publication de ce décret.

I. – L'ÉVOLUTION DES ACTES DES INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE DIPLÔMÉS D'ÉTAT (IBODE)

Le décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire et à la formation complémentaire a créé l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique (CSP) qui habilite les infirmiers de bloc opératoire à réaliser, pour la plupart, de nouveaux actes et activités et précise les conditions dans lesquelles ils seront réalisés.

a) Élargissement du champ d'exercice de l'IBODE

Ce décret habilite les IBODE à réaliser des actes et activités qui, pour la plupart, ne figuraient pas dans la réglementation antérieure les concernant :

- il s'agit d'actes et d'activités que les infirmiers en soins généraux travaillant au bloc opératoire ne sont pas autorisés à réaliser ;
- il s'agit d'actes et d'activités relevant exclusivement de compétences des IBODE.

Les nouveaux actes sont :

- l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques, et la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- la fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité. Cette fonction d'assistance doit être mise en œuvre au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien. Les actes d'une particulière technicité sont¹ :
 - l'aide aux sutures des organes et des vaisseaux sous la direction de l'opérateur,
 - l'aide à la réduction d'une fracture et au maintien de la réduction au bloc opératoire,
 - l'aide à la pose d'un dispositif médical implantable (DMI),
 - l'injection d'un produit à visée thérapeutique ou diagnostique dans un viscère, une cavité, une artère.

Ce décret a fait l'objet d'une décision du Conseil d'État² qui diffère l'entrée en vigueur, au 31 décembre 2017, du *b*) du 1^o de l'article du R. 4311-11-1 du code de la santé publique qui réserve aux IBODE, à la condition qu'ils aient tous bénéficié d'une formation complémentaire, la réalisation, au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, de l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration.

Il en résulte qu'à compter de la publication de cette décision, et jusqu'au 31 décembre 2017, ces trois actes peuvent être accomplis par les infirmiers en soins généraux et les IBODE non formés.

Pour mémoire, l'ensemble des actes et activités ainsi que les savoir-faire associés sont détaillés dans le référentiel d'activités spécifique figurant à l'annexe I de l'arrêté du 27 janvier 2015 susmentionné et dans le référentiel d'activités du métier d'IBODE figurant à l'annexe I de l'arrêté du 19 décembre 2016 référencé ci-dessus. Enfin, les compétences nécessaires et le niveau d'exigence sont énoncés dans le paragraphe 6 du référentiel de compétence du métier d'IBODE figurant à l'annexe II de l'arrêté du 19 décembre 2016 susvisé.

Il est demandé aux directeurs généraux des ARS de rappeler aux établissements de leur région, la réglementation énoncée afin de faire respecter les compétences de chaque profession, infirmiers en soins généraux d'une part et infirmiers de bloc opératoire d'autre part.

¹ Arrêté du 27 janvier 2015 relatif aux actes et activités et à la formation complémentaire prévus par le décret n° 2015-74 du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire.

² Décision du Conseil d'État du 7 décembre 2016.

b) L'obligation de formation

1. La modification de la formation initiale

L'arrêté du 12 mars 2015 modifiant l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire a modifié le programme de formation des IBODE afin d'y intégrer la formation aux nouveaux actes.

Antérieurement, la formation comprenait quatre modules de formation de 29 semaines chacun. L'arrêté du 12 mars 2015 introduit un cinquième module de 49h relatif aux actes exclusifs. Afin de maintenir à l'identique la durée de la formation, le temps de stage a été ajusté.

Il a été mis en œuvre à compter de l'entrée en formation en avril 2015.

Par ailleurs, le décret du 27 janvier 2015 a imposé aux infirmiers en cours de formation préparant aux diplômes d'État de bloc opératoire, à compter du 28 janvier 2015, de suivre la formation complémentaire. Cependant, les écoles de formation se sont organisées pour délivrer cette formation au cours du cursus de formation.

Dès lors, l'ensemble des infirmiers qui ont obtenu le diplôme d'infirmier de bloc opératoire à compter de mars 2015 a été formé à la réalisation des nouveaux actes et activités.

2. L'obligation de formation pour les IBODE en exercice

Les infirmiers de bloc opératoire en exercice à la date d'entrée en vigueur du décret du 27 janvier 2015, soit le 28 janvier 2015, doivent suivre une formation complémentaire.

Cette formation complémentaire est obligatoire pour exercer les nouveaux actes et activités et elle doit avoir été suivie et validée avant le 31 décembre 2020.

La formation est dispensée par les écoles d'infirmiers de bloc opératoire. Elle dure 49h et peut être organisée soit de façon continue, soit de façon discontinue sur une période n'excédant pas cinq mois.

Le programme de la formation figure à l'annexe III de l'arrêté du 27 janvier 2015 : il détaille les éléments de contenu et le niveau d'exigence. Il indique la durée des enseignements et les recommandations pédagogiques.

3. Le financement de la formation

Le décret du 27 janvier 2015 prévoit que les employeurs publics et privés assurent le financement de cette formation au titre des dispositifs de formation professionnelle continue, de formation professionnelle tout au long de la vie et du développement professionnel continu (DPC).

Le coût de la formation a été évalué, au moment de la construction du dispositif, à 900 €.

Les directeurs des ARS s'assureront que les écoles d'infirmiers de bloc opératoire de leur région ont prévu un nombre suffisant de sessions de formation au regard du nombre d'IBODE exerçant dans la région.

Les directeurs des ARS veilleront également à mettre en relation les établissements, quel que soit leur statut, avec la ou les écoles de formation afin de faciliter la programmation des formations.

c) Mise à jour des référentiels du métier d'IBODE

L'entrée en vigueur de l'article R. 4311-11-1 du CSP a conduit à la mise à jour des référentiels d'activités et de compétences et du programme de formation.

Le référentiel d'activités a été complété afin d'y ajouter les nouvelles activités que les IBODE sont autorisés à réaliser en application de l'article R. 4311-11-1 du CSP. Il est publié à l'annexe I de l'arrêté du 19 décembre 2016 référencé ci-dessus.

Le référentiel de compétences a été restructuré afin d'améliorer et moderniser sa rédaction. Il porte sur les compétences relevant du cœur de métier et qui sont exigibles pour valider le diplôme. Il comporte désormais 9 compétences. La compétence 6 porte sur les compétences à mobiliser pour mettre en œuvre les nouveaux actes et activités figurant à l'article R. 4311-1-1 du CSP. Il est publié à l'annexe II de l'arrêté du 19 décembre 2016 référencé ci-dessus.

Ils sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

II. – LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE (VAE) POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'IBODE

La VAE permet l'obtention de tout ou partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle sur la base d'une expérience.

Toute personne, quels que soient son âge, sa nationalité, son statut et son niveau de formation, qui justifie d'au moins trois ans d'expérience en rapport direct avec la certification visée, peut faire valider ses compétences pour acquérir tout ou partie d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle grâce à la procédure de VAE.

Le diplôme obtenu par la VAE est le même que celui obtenu en formation initiale.

La VAE est avant tout une procédure de vérification et d'évaluation des compétences du candidat, par un jury. Elle nécessite par conséquent la production d'un véritable travail de description des compétences acquises en rapport avec le titre, le diplôme ou le certificat de qualification demandé.

Elle est organisée en deux phases :

- la phase de recevabilité : le candidat à la VAE IBODE remplit le livret de recevabilité intitulé « livret 1 » et l'adresse à l'Agence de services et de paiement (ASP) qui réalise l'instruction du dossier ;
- la phase d'évaluation des acquis de l'expérience : le candidat dont la demande a été déclarée recevable, renseigne le livret de présentation des acquis de l'expérience intitulé « livret 2 » et l'adresse à l'ASP.

Sur la base de ce livret et d'un entretien avec le candidat, le jury du diplôme décide d'attribuer en totalité, en partie ou pas du tout, le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire (DEIBO) a été ouvert à la VAE en février 2014.

L'évolution du champ de compétences des IBODE intervenu en 2015 a rendu nécessaire la modification de cet arrêté. L'arrêté du 19 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 24 février 2014 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Cet arrêté prévoit également la mise en place d'un dispositif *ad hoc* ayant pour objet de faciliter la mise en œuvre de la VAE notamment en cas de parcours mixtes, dans l'attente de la mise en place d'une réingénierie globale du référentiel de formation de la profession.

a) Évolution du livret de présentation des acquis de l'expérience (livret 2)

Sur la base du référentiel de compétences modifié, une nouvelle version du livret 2 a été construite.

La 7^e partie du livret 2 a été modifiée, elle s'organise désormais en 9 paragraphes correspondant aux compétences du référentiel de compétences.

Dans chaque paragraphe, il est demandé au candidat de décrire son expérience pour les activités en lien avec chacune des compétences du référentiel de compétences. Il doit également choisir et exposer une à trois situations (selon la compétence considérée) qu'il a rencontrées au cours de son expérience professionnelle, chacune des situations devant être liée à une modalité d'exercice spécifique.

Attention : le paragraphe 7.6 est consacré à la description des activités relatives à la mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale. Ces actes correspondent au nouveau champ d'exercice des IBODE qui leur est exclusivement réservé (*cf.* paragraphe I.).

Pour les nouveaux actes (l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques, et la fermeture sous-cutanée et cutanée et la fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité), dans la mesure où il s'agit d'actes qui relevaient antérieurement du champ médical et qui, depuis le 28 janvier 2015, peuvent être réalisés par les seuls infirmiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, les infirmiers en soins généraux travaillant au bloc opératoire n'étaient, et ne sont pas, habilités à les mettre en œuvre.

La procédure de VAE ne pouvant permettre de reconnaître une pratique non conforme à la réglementation, les infirmiers ayant exercé exclusivement en France ne peuvent compléter ce paragraphe que partiellement. En effet, seules les expériences portant sur les activités d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration peuvent être relatées. En tout état de cause, le jury ne devra pas valider des compétences acquises de façon irrégulière.

Il est demandé au directeur régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de bien vouloir sensibiliser les membres du jury au respect du principe rappelé ci-dessus et de veiller à la conformité de leur décision avec ce principe.

Ce livret 2 « nouveau » est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017. Dès lors, le livret 2 « ancien » dans sa version publiée en 2014, était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

Ce livret 2 « nouveau » est publié à l'annexe III de l'arrêté du 19 décembre 2016. Cette annexe remplace l'annexe III de l'arrêté du 24 février 2014 référencé ci-dessous à compter du 1^{er} janvier 2017.

b) Information des candidats déjà engagés dans un parcours de VAE

Depuis le mois de juillet 2016, les candidats engagés dans une démarche de VAE IBODE ont été informés de la publication prochaine d'un livret 2 « nouveau ».

D'une part, le site internet de l'Agence de services et de paiement³ (ASP) a été actualisé, l'information figure dans la rubrique « Actualité » et dans la rubrique consacrée au livret 2. Le livret 2 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 n'est plus téléchargeable depuis cette même date.

D'autre part, une communication individualisée a été mise en place pour chaque candidat :

- tous les candidats dont la demande a été déclarée recevable mais qui, le 13 juillet 2016, n'avaient pas encore déposé le livret 2, ont reçu un courrier d'information personnalisé ;
- depuis le 13 juillet 2016, une note d'information est jointe à chaque courrier de notification de recevabilité d'une demande de VAE IBODE.

Le courrier personnalisé et la note d'information informent les candidats qu'un nouveau livret 2 va entrer en vigueur prochainement. Pour poursuivre leur parcours de VAE, il a été proposé aux candidats de faire un choix :

- soit compléter le livret 2 actuellement en vigueur ; dans ce cas, ils ont jusqu'au 31 décembre 2016 pour le déposer ;
- soit attendre la publication du nouveau livret 2 pour poursuivre leur démarche.

c) Les modalités de mise en œuvre du nouveau livret 2

Le livret 2 « nouveau » est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Les candidats dont la demande de VAE a été déclarée recevable antérieurement à cette date ont le choix entre :

- compléter et déposer le livret 2 « ancien » figurant à l'annexe III de l'arrêté du 24 février 2014 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 ; dans ce cas, ils devaient le déposer au plus tard le 31 décembre 2016 (cette information est diffusée depuis le 13 juillet 2016) ;
- compléter et déposer le livret 2 « nouveau » figurant à l'annexe III de l'arrêté du 24 février 2014 modifié et entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 ; dans ce cas, le dépôt est possible depuis le 1^{er} janvier 2017.

Dès lors, trois situations sont à préciser :

Situation 1 : les candidats dont la demande de VAE est déclarée recevable et qui ont déposé le livret 2 « ancien » avant le 1^{er} janvier 2017 :

- le livret 2 « ancien » qui a été déposé, sera étudié par le jury du diplôme quelle que soit la date à laquelle se réunira le jury ;
- pour les candidats qui se voient accorder une validation partielle et qui choisissent de poursuivre leur parcours de VAE au sein d'une école de formation d'IBODE, ils devront suivre et valider les enseignements correspondant aux compétences non validées ;
- pour les candidats qui se voient accorder une validation partielle et qui choisissent de poursuivre et enrichir leur expérience professionnelle, ils devront compléter et déposer une nouvelle fois le livret 2 « ancien », c'est-à-dire le livret 2 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Ce dépôt devra intervenir dans un délai maximal de 5 ans à compter de la date de notification de la 1^{re} décision du jury.

Dans la situation 1 et uniquement dans cette situation, les candidats à la VAE IBODE pourront déposer le livret 2 « ancien » au-delà de la date du 31 décembre 2016.

Pour les candidats qui ne valident aucune compétence, ils devront déposer le livret 2 « nouveau » s'ils souhaitent poursuivre leur parcours de VAE.

Situation 2 : les candidats dont la demande de VAE a été déclarée recevable antérieurement au 1^{er} janvier 2017 et qui, à cette même date, n'ont pas encore déposé de livret 2.

Ils doivent compléter et déposer le livret 2 « nouveau » en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017.

Ce dépôt doit intervenir dans les 3 années qui suivent la notification de la décision de recevabilité.

d) Gestion des candidats se trouvant dans la situation 1 par ODESSA

De manière générale, le logiciel ODESSA a été adapté pour tenir compte des modifications du dispositif. Le nouveau référentiel de compétences des IBODE a notamment été ajouté dans la base

³ <http://vae.asp-public.fr> – L'ASP est en charge de la procédure de recevabilité des demandes de VAE des secteurs sanitaire et social.

de données. Dès lors, lorsque vous saisissez les résultats du jury dans le dossier d'un candidat à la VAE IBODE, vous aurez la possibilité de choisir entre le référentiel de compétences « ancien » et le référentiel de compétences « nouveau ».

Environ 155 candidats se trouvaient dans la situation 1 au 31 décembre 2016. Une liste de ces candidats sera diffusée à l'ensemble des DR(D)JSCS.

De plus, lorsque les candidats relevant de la situation 1 valideront le diplôme dans son ensemble, quelle que soit la date de cette validation, ils devront suivre la formation complémentaire obligatoire prévue par le décret du 27 janvier 2015.

Chacun de ces candidats va recevoir un courrier individualisé l'informant qu'il doit poursuivre son parcours de VAE avec le livret 2 « ancien » et que lorsqu'il validera le diplôme, il devra suivre la formation complémentaire permettant de réaliser les nouveaux actes⁴.

Dans ce cadre, pour les candidats relevant de la situation 1, il est demandé aux DR(D)JSCS de bien vouloir :

- être particulièrement vigilantes dans la gestion des parcours VAE de ces candidats et d'informer spécifiquement le jury lorsqu'il aura à étudier le dossier de l'un d'eux ;
- lorsque l'un de ces candidats validera partiellement le diplôme, ajouter manuellement dans le courrier de notification de la décision du jury (dans l'espace prévu à cet effet) , le commentaire suivant : « Dans l'éventualité où vous choisissez de déposer un nouveau livret de présentation de l'expérience, je vous rappelle que vous devez utiliser l'ancien livret, c'est-à-dire le livret 2 dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. » ;
- lorsque l'un de ces candidats validera le diplôme dans sa totalité, lui adresser un courrier lui rappelant qu'il doit suivre la formation complémentaire prévue par le décret du 27 janvier 2015.

La formation complémentaire obligatoire prévue par le décret du 27 janvier 2015 doit être suivie avant le 31 décembre 2020. Dès lors, au début de l'année 2019, soit 2 ans avant la fin de l'obligation, un recensement des candidats relevant de la situation 1 sera fait par la DGOS qui prendra les mesures nécessaires et appropriées pour qu'aucun candidat ne soit pénalisé et que la réglementation soit respectée.

III. – DISPOSITIF DE SIMPLIFICATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PARCOURS MIXTES

Dans le cadre de la procédure de la VAE, le candidat qui valide partiellement le diplôme a la possibilité, soit de compléter son expérience et de déposer ultérieurement une nouvelle demande de VAE, soit d'obtenir les compétences manquantes en suivant le cursus de formation correspondant. Dans ce dernier cas, il se trouve en parcours mixte.

Pour les IBODE, la réingénierie du diplôme n'ayant pas été achevée, il est extrêmement difficile de faire coïncider le référentiel de compétences, qui a été rénové et qui constitue la base du dispositif VAE, avec le programme de formation en vigueur (non ré ingénié).

Afin que la procédure de VAE puisse fonctionner, l'arrêté du 19 décembre 2016 instaure un dispositif de simplification et d'accompagnement des parcours mixtes qui prévoit :

- les tableaux de correspondance entre le référentiel de compétences et le programme de formation ;
- la dispense des épreuves certificatives pour les candidats en parcours mixte ;
- l'orientation des candidats en parcours mixte vers des écoles d'IBODE prédéfinies qui auront mis en place une organisation adaptée à la VAE.

a) Tableaux de correspondance

Les tableaux de correspondance identifient les modules de formation correspondant à chacune des compétences du référentiel de compétences du métier.

Lorsque le jury valide partiellement le diplôme, il indique les compétences qui ne sont pas maîtrisées par le candidat et qui doivent faire l'objet d'un apprentissage complémentaire. Les tableaux permettent alors d'identifier les parties du programme de formation d'infirmier de bloc opératoire que le candidat devra suivre en fonction des compétences qu'il n'a pas validées dans le cadre du jury de VAE.

⁴ Obligation prévue par le paragraphe IV de l'article 5 de l'arrêté du 19 décembre 2016 référencé précédemment.

Deux tableaux ont été créés :

- le premier tableau figurant à l'annexe V de l'arrêté du 19 décembre 2016 (TDC annexe V) fait la correspondance entre le programme de formation et le référentiel de compétences en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017. Dès lors, ce tableau est applicable pour les candidats relevant des situations 2 et 3, c'est-à-dire les candidats qui ont déposé le livret 2 « nouveau », qui ont validé partiellement le diplôme et qui ont choisi d'entrer en parcours mixte ;
- le second tableau figurant à l'annexe VI de l'arrêté du 19 décembre 2016 (TDC annexe VI) fait la correspondance entre le programme de formation et le référentiel de compétences en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016. Dès lors, ce tableau est applicable pour les candidats relevant des situations 1, c'est-à-dire les candidats qui ont déposé le livret 2 « ancien », qui ont validé partiellement le diplôme et qui ont choisi d'entrer en parcours mixte.

b) Les écoles d'infirmiers de bloc opératoire accueillant les candidats en parcours mixte

Les candidats en parcours mixte devront suivre les enseignements définis dans les tableaux de correspondance cités dans le paragraphe précédent. Pour cela, les candidats doivent s'inscrire dans une école d'infirmiers de bloc opératoire. Les écoles devront alors proposer des parcours de formation *ad hoc* et individualisés qui diffèrent de l'organisation de la formation initiale des infirmiers de bloc opératoire. Dix écoles ont été ainsi choisies pour accueillir ces candidats, elles devront s'organiser pour proposer aux candidats en parcours mixte, un parcours de formation adapté au candidat qui se déroule dans un délai raisonnable et proportionné au nombre de compétences restant à valider. Les écoles accueilleront indifféremment les candidats ayant déposé un livret 2 « ancien » et les candidats ayant déposé un livret 2 « nouveau ».

La liste des écoles désignées pour accueillir les candidats en parcours mixte figure à l'annexe 1 de la présente instruction.

Il est demandé aux Directeurs des ARS dont les écoles désignées se trouvent dans leur ressort territorial d'attribuer, à chacune d'elles, le financement d'un poste par école en s'appuyant sur les crédits assurance maladie de dotation qui leur seront alloués dans le cadre de la deuxième circulaire budgétaire qui sera publiée en cours d'année 2017.

c) Épreuves finales

Afin de respecter l'esprit de la VAE et conformément à la loi, il est expressément prévu dans la réglementation (arrêté du 19 décembre 2016 référencé ci-dessus) que les candidats à la VAE en parcours mixte sont dispensés des épreuves terminales du diplôme d'État.

Concrètement, les candidats inscrits dans une école d'infirmiers de bloc opératoire dans le cadre d'un parcours mixte n'ont pas à effectuer l'épreuve écrite consistant en la réalisation d'un travail d'intérêt professionnel ni l'épreuve de mise en situation professionnelle prévues à l'article 24 de l'arrêté du 22 octobre 2001 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

IV. – LA COMPOSITION, LE RÔLE ET LA DÉCISION DU JURY DE VAE IBODE

La modification de l'arrêté VAE IBODE a également été l'occasion d'apporter des améliorations au dispositif en vigueur et notamment s'agissant de la composition du jury.

a) Composition des sous-groupes d'examineurs

Les sous-groupes d'examineurs sont désormais composés d'un minimum de deux membres contre trois auparavant. Afin de faciliter le recrutement des membres des sous-groupes et de mettre en cohérence la composition de ces sous-groupes d'examineurs et celle du jury final, la catégorie « représentant de la direction d'un établissement » est supprimée.

De plus, la qualité des membres de ces sous-groupes a évolué :

- le médecin spécialiste qualifié en chirurgie n'est plus nécessairement un médecin participant à la formation des infirmiers de bloc opératoire ;
- il a été ajouté, en plus du médecin spécialiste qualifié en chirurgie, la possibilité de nommer le conseiller scientifique d'une école d'une autre région, ou son représentant, médecin spécialiste en chirurgie, enseignant dans une école d'une autre région.

b) Le rôle du jury de VAE

Le jury évalue les compétences acquises par le candidat à travers son expérience en s'appuyant sur le livret 2 renseigné par le candidat et sur l'entretien.

Il détermine si le candidat a acquis ou non les compétences correspondant au référentiel du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

L'entretien permet au jury de poser des questions sur la base du livret 2 afin de mieux comprendre l'expérience et les acquis du candidat, de disposer de compléments d'informations ou de confirmer les éléments mentionnés dans le livret 2.

Le jury est libre de poser toutes les questions nécessaires permettant au candidat :

- d'expliquer pourquoi il a mené une telle action ;
- d'expliquer comment il a procédé au regard de la situation ;
- d'expliquer comment il a évalué les résultats de son action au regard de la situation ;
- d'expliquer quels ajustements il a proposés ou mis en œuvre et pourquoi.

En revanche, il ne s'agit pas de poser des questions sur les connaissances « Expliquez-moi tel mot, telle notion, que feriez-vous dans tel cas... ». Le rôle du jury n'est pas de tester des connaissances ni de questionner la personne sur une situation théorique qu'elle n'aurait jamais rencontrée.

L'entretien dure au maximum 1 heure.

c) Guide du jury

La Direction générale de l'offre de soins a élaboré un guide pour les membres de jury. Ce guide a également fait l'objet d'une évolution afin d'être en conformité avec le livret 2 « nouveau » et, à la demande des DRSJCS et des membres de jury eux-mêmes, pour mieux les aider à appréhender la méthodologie de la validation d'acquis obtenus par l'expérience. Ce guide est adressé à chaque membre de jury avec la convocation au jury.

V. – VAE ET NOUVEAUX ACTES

Les infirmiers de bloc opératoire ayant validé le diplôme par cette voie avant le 31 décembre 2016 doivent suivre la formation complémentaire obligatoire prévue par le décret du 27 janvier 2015 avant le 31 décembre 2020.

Comme cela a déjà été indiqué dans le paragraphe d) du II de la présente instruction, il en est de même pour les candidats se trouvant dans la situation 1. C'est-à-dire que les candidats qui ont déposé un livret 2 « ancien » avant le 1^{er} janvier 2017, même s'ils valident le diplôme postérieur à cette même date, doivent suivre la formation complémentaire obligatoire prévue par le décret du 27 janvier 2015.

Les candidats qui déposent un livret 2 à compter du 1^{er} janvier 2017, et qui ont un exercice professionnel exclusivement réalisé en France, ne pourront pas valider la compétence 6 car elle correspond principalement à des nouveaux actes dont la réalisation est exclusivement réservée aux professionnels titulaires du diplôme d'infirmier de bloc opératoire. L'expérience tirée de la réalisation de l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration n'est pas suffisante pour acquérir l'ensemble des savoirs et connaissances nécessaires pour valider la compétence 6.

Dès lors, ces candidats devront soit aller se former au sein d'établissements de santé à l'étranger, soit entrer en formation pour valider cette compétence (parcours mixte). Cette compétence ne pourra donc être validée que dans le cadre d'un apprentissage au sein d'une école de formation d'infirmier en bloc opératoire.

VI. – ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DANS LE PROCESSUS DE QUALIFICATION DES INFIRMIERS TRAVAILLANT AU BLOC OPÉRATOIRE

La mise en œuvre du décret du 27 janvier 2015 conduit les établissements de santé à devoir accompagner les infirmiers travaillant au bloc opératoire vers la qualification d'IBODE et à organiser la formation obligatoire de l'ensemble des IBODE. Les délais imposés par les textes et le Conseil d'État, en fonction du nombre de professionnels dans chaque établissement et de la répartition des compétences entre eux, peuvent être contraignants et difficiles à respecter.

Dès lors, il appartient aux ARS, au titre de la coordination et de la continuité de l'organisation des soins, de vérifier que les capacités opératoires des établissements sur leur territoire ne sont pas dégradées par la mise en œuvre de ces mesures.

Il sera notamment nécessaire de garantir que le processus de qualification des infirmiers travaillant au bloc opératoire et celui de la formation des IBODE ne compromettent pas la sécurité des soins : L'objectif étant d'accompagner les établissements pour qu'ils disposent d'un nombre suffisant d'IBODE par rapport aux infirmiers afin d'assurer le fonctionnement des blocs opératoires dans

des délais raisonnables et en conformité avec la réglementation nouvelle. Pour ce faire, il conviendrait que les établissements de santé transmettent aux ARS le calendrier prévisionnel de formation des professionnels concernés au regard des effectifs des blocs opératoires.

Pour la ministre et par délégation :

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

P. RICORDEAU

*La cheffe de service, adjointe au directeur général
de l'offre de soins, chargée des fonctions
de directrice générale de l'offre de soins par intérim,*

K. JULIENNE

ANNEXE I

ÉCOLES DÉSIGNÉES POUR ACCUEILLIR LES CANDIDATS EN PARCOURS MIXTE

Écoles compétentes pour accueillir les professionnels ayant validé partiellement le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire dans le cadre de la procédure de validation des acquis de l'expérience

RÉGION	COMMUNE OÙ SE SITUE l'établissement	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
GRAND EST	COLMAR	École régionale d'infirmiers de bloc opératoire des hôpitaux civils de Colmar
NOUVELLE-AQUITAINE	BORDEAUX	École d'infirmiers de bloc opératoire - Institut des métiers de la santé Pellegrin - CHU de Bordeaux
BRETAGNE	BREST	École d'infirmiers de bloc opératoire - Centre de formation CHU de Brest Cavale Blanche
CENTRE-VAL DE LOIRE	TOURS	Institut de formation des professions de santé - CHU de Tours
ÎLE-DE-FRANCE	PARIS	École des infirmiers de bloc opératoire - Hôpital de la Salpêtrière - AP-HP
LA RÉUNION	SAINT-PIERRE	L'institut régional de formation des infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État du CHU SUD Réunion
MARTINIQUE	LE LAMENTIN	École d'infirmiers de bloc opératoire CHU de la Martinique Site Pierre-Zobda-Quietman
HAUTS-DE-FRANCE	LOOS	École d'infirmiers de bloc opératoire de Lille
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	MARSEILLE	École régionale d'infirmiers de bloc opératoire de l'AP-HM
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	SAINT-GENIS-LAVAL – LYON	École d'infirmiers de bloc opératoire de l'Institut de formation aux carrières de santé des HC Lyon secteur Sud

ANNEXE II

LE GUIDE DU JURY

DEMANDE DE VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPÉRIENCE

DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER DE BLOC OPÉRATOIRE

GUIDE POUR LES MEMBRES DU JURY

Recommandations à l'usage des membres du jury

1. Rappels portant sur la validation des acquis de l'expérience (VAE)

La VAE permet l'obtention de tout ou partie d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle sur la base d'une expérience.

Toute personne, quels que soient son âge, sa nationalité, son statut et son niveau de formation, qui justifie d'au moins trois ans d'expérience en rapport direct avec la certification visée, peut faire valider ses compétences pour acquérir tout ou partie d'un diplôme ou d'un titre à finalité professionnelle grâce à la procédure de VAE.

Le diplôme obtenu par la VAE est le même que celui obtenu en formation initiale.

La VAE est avant tout une procédure de vérification et d'évaluation des compétences du candidat, par un jury. Elle nécessite par conséquent la production d'un véritable travail de description des compétences acquises en rapport avec le titre, le diplôme ou le certificat de qualification demandé.

Elle est organisée en deux phases :

- la phase de recevabilité : le candidat à la VAE IBODE remplit le livret de recevabilité intitulé « livret 1 » et l'adresse à l'agence de services et de paiement (ASP) qui réalise l'instruction du dossier ;
- la phase d'évaluation des acquis de l'expérience : le candidat dont la demande a été déclarée recevable, renseigne le livret de présentation des acquis de l'expérience intitulé « livret 2 » et l'adresse à l'ASP.

Sur la base de ce livret et d'un entretien avec le candidat, le jury du diplôme décide d'attribuer en totalité, en partie ou pas du tout, le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

Le diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire (DEIBO) a été ouvert à la VAE en février 2014.

L'évolution du champ de compétences des IBODE intervenue en 2015 a rendu nécessaire la modification des modalités d'organisation de la VAE pour l'obtention du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et a conduit à la refonte du livret 2.

2. Évolution du livret de présentation des acquis de l'expérience (livret 2)

La 7^e partie du livret 2 portant sur la description de l'expérience et les acquis professionnels du candidat a été modifiée.

Elle s'organise désormais en 9 paragraphes correspondant aux 9 compétences du référentiel de compétences.

Dans chaque paragraphe, il est demandé au candidat de parler de son expérience pour les activités en lien avec chacune des compétences du référentiel de compétences. Il doit également choisir et décrire une à trois situations (en fonction de la compétence explorée) qu'il a rencontrées au cours de son expérience professionnelle, chacune des situations devant être liée au champ d'exercice de l'IBODE.

Attention :

- le paragraphe 7.6 est consacré à la description des activités relatives à la mise en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale. Ces actes correspondent au nouveau champ d'exercice des IBODE qui leur est exclusivement réservé.

Pour les nouveaux actes (l'installation chirurgicale du patient, la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques, et la fermeture sous-cutanée et cutanée et la fonction d'assistance

pour des actes d'une particulière technicité), dans la mesure où il s'agit d'actes qui relevaient antérieurement du champ médical et qui, depuis le 28 janvier 2015, peuvent être réalisés par les seuls infirmiers titulaires du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire, les infirmiers en soins généraux travaillant au bloc opératoire n'étaient, et ne sont pas, habilités à les mettre en œuvre.

Toutefois sur la base de la décision Conseil d'État du 7 décembre 2016 et jusqu'au 31 décembre 2017, les actes de l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration peuvent être accomplis par les infirmiers en soins généraux travaillant au bloc opératoire. Dès lors, seules les expériences portant sur les activités d'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration peuvent être relatées dans le paragraphe 7.6. Cependant, l'expérience tirée de la réalisation de l'aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration n'est pas suffisante pour acquérir l'ensemble des savoirs et connaissances nécessaires pour valider la compétence.

Dès lors les candidats qui déposent un livret 2 à compter du 1^{er} janvier 2017, et qui ont un exercice professionnel exclusivement réalisé en France, ne devront pas se voir accorder la compétence 6.

La procédure de VAE ne pouvant pas permettre de reconnaître une pratique non conforme à la réglementation, le jury ne devra pas valider des compétences acquises de façon irrégulière ;

- le paragraphe 7.9 porte sur l'expérience liée au traitement et à l'analyse de données professionnelles et scientifiques. Dans le cadre de la VAE, il s'agit pour le jury, de s'assurer que le candidat a développé des compétences dans ce champ, en lien avec l'exercice professionnel des IBODE. Ainsi, ce dernier devra illustrer sa démarche de manière suffisamment détaillée pour permettre de juger de ses compétences, sans pour autant qu'il lui soit nécessaire de produire un document personnel de type mémoire ou publication en lien avec les activités de l'IBODE.

3. Rôle du jury

Le jury évalue les compétences acquises par le candidat à travers son expérience en s'appuyant :

- sur le livret 2 renseigné par le candidat ;
- sur l'entretien mené avec le candidat.

À l'issue de la prise en compte de ces deux éléments, il détermine si le candidat a acquis ou non les compétences correspondant au référentiel du diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire.

À cette fin, le jury doit préalablement lire attentivement :

- le référentiel d'activités et le référentiel de compétences en vigueur des IBODE ;
- la notice d'accompagnement du livret de présentation des acquis de l'expérience (livret 2) ;
- le présent guide pour les membres du jury.

4. Lecture du livret 2 renseigné par le candidat :

Nous vous recommandons de procéder à :

4.1. Une première lecture du dossier dans son intégralité

Points d'attention :

- l'ensemble du parcours du candidat ;
- la nature et la diversité de l'expérience professionnelle ;
- la nature des activités réalisées.

4.2. Une deuxième lecture plus analytique, par compétence, qui doit vous permettre :

- d'identifier si le candidat a pratiqué les activités correspondant au diplôme visé (en complément du livret 2, vous pouvez aussi vous appuyer sur les preuves et attestations fournies) ;
- utiliser ce guide : compléter la colonne « Le candidat a-t-il pratiqué cette activité ? » dans le tableau ci-après ;
- de comparer, pour chaque compétence, d'une part les renseignements apportés par le candidat et d'autre part les exigences du diplôme visé.

Utiliser ce guide : compléter la colonne « Analyse du livret 2 » dans le tableau ci-après.

4.3. *L'étude des éventuelles preuves, attestations et annexes fournies par le candidat.*

4.4. *La préparation des questions pour l'entretien avec le candidat.*

Utiliser ce guide : compléter la colonne « Analyse du livret 2 - Questions à poser en entretien » dans le tableau ci-après.

En récapitulatif pour chaque dossier :

À partir de votre analyse du livret 2, repérez les compétences et les points clés sur lesquels l'entretien devra porter prioritairement.

5. Entretien avec le candidat

5.1. Avant l'entrée de chaque candidat

Pour les dossiers que vous avez étudiés, vous présentez votre avis aux autres membres du jury :

- les points forts et les points faibles après lecture du livret 2 ;
- les points qui doivent être clarifiés par l'entretien ;
- les compétences sur lesquelles l'entretien doit porter.

5.2. Entretien avec le candidat

Attention : il ne s'agit pas de poser des questions sur les connaissances « Expliquez-moi tel mot, telle notion, que feriez-vous dans tel cas... ». Le rôle du jury n'est pas de tester des connaissances ni de questionner la personne sur une situation théorique qu'elle n'aurait jamais rencontrée.

L'entretien dure au maximum 1 heure.

Posez toutes les questions nécessaires permettant au candidat d'expliquer :

- pourquoi il a mené telle action ;
- comment et pourquoi il a procédé au regard de la situation ;
- comment il a évalué les résultats de son action au regard de la situation et éventuellement quelles actions a-t-il ensuite menées.

Utiliser ce guide : compléter la colonne « Entretien » dans le tableau ci-dessous.

6. Délibération du jury

Le jury se prononce sur les compétences acquises par le candidat.

Le jury délibère de manière collégiale. Sa décision est souveraine.

Nom du candidat :

Activités du référentiel du DE d'infirmier de bloc opératoire	Le candidat a-t-il pratiqué cette activité ? ¹	Compétences du référentiel du DE d'infirmier de bloc opératoire	Analyse du livret 2	Entretien
<p>Activité 2 – Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 1 - Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qualité du recueil d'informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence de l'identification des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence de la démarche de soin Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Qualité de l'information et du conseil apportés Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> Qualité du recueil d'informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence de l'identification des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence et cohérence dans l'utilisation de la démarche de soin Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Qualité de l'information et du conseil apportés Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 1 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 3 – Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 2 – Conduire une démarche qualité et de prévention des risques</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pertinence des contrôles de conformité Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence de l'analyse critique d'une pratique professionnelle Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pertinence des contrôles de conformité Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence de l'analyse critique d'une pratique professionnelle Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 2 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 4 – Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>				

¹ Si le candidat n'a pas mis en œuvre cette ou ces activité(s), il ne peut être évalué sur les compétences correspondantes.

Nom du candidat :

<p>Activité 1 – Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire</p>			<ul style="list-style-type: none"> Opérationnalité de l'environnement Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence des contrôles d'opération de stérilisation Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Pertinence de la mise à disposition des dispositifs médicaux stériles Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Qualité de l'instrumentation Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Conformité de la gestion des prélèvements Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Conformité de la gestion des dispositifs médicaux Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> Opérationnalité de l'environnement Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence des contrôles d'opération de stérilisation Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence de la mise à disposition des dispositifs médicaux stériles Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Qualité de l'instrumentation Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Conformité de la gestion des prélèvements Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Conformité de la gestion des dispositifs médicaux Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 3 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 3 – Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 3 – Gérer le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et service de stérilisation</p>		
<p>Activité 5 – Gestion d'équipements, de dispositifs médicaux et de produits au bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>				
<p>Activité 2 – Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 4 – Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus péri-opératoire</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conformité de l'accueil et du suivi du patient en zone péri-opératoire Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Conformité de l'installation et de la préparation du patient Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Conformité de la mise en œuvre des procédures d'hygiène Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Conformité et opérationnalité de l'agencement de l'espace et des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> Conformité de l'accueil et du suivi du patient en zone péri-opératoire Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Conformité de l'installation et de la préparation du patient Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Conformité de la mise en œuvre des procédures d'hygiène Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Conformité et opérationnalité de l'agencement de l'espace et des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> Pertinence de l'analyse des risques
<p>Activité 3- Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire</p>				

Nom du candidat :

<p>Activité 6- Transmission d'information, organisation, planification en bloc opératoire</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Pertinence de l'organisation des soins et des activités Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Pertinence et conformité de la transmission des informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Pertinence de l'organisation des soins et des activités Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Pertinence et conformité de la transmission des informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 4 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 1 – Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 5 - Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et post-opératoire immédiat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformité de l'accueil et du suivi du patient en zone péri-opératoire Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Conformité de l'installation et de la préparation du patient Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Conformité de la mise en œuvre des procédures d'hygiène Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Conformité de la mise à disposition des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Conformité et opérationnalité de l'agencement de l'espace et des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformité de l'accueil et du suivi du patient en zone péri-opératoire Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Conformité de l'installation et de la préparation du patient Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Conformité de la mise en œuvre des procédures d'hygiène Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Conformité de la mise à disposition des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Conformité et opérationnalité de l'agencement de l'espace et des matériels Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Conformité de la réalisation des activités de <ul style="list-style-type: none"> o Circulante o Instrumentiste o Aide opératoire <p>Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de la coordination avec les autres membres de l'équipe Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>De votre point de vue, la compétence 5 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 2 – Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Conformité de la réalisation des activités de <ul style="list-style-type: none"> o Circulante o Instrumentiste o Aide opératoire • Pertinence de la coordination avec les autres membres de l'équipe Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Circulante • Instrumentiste • Aide opératoire <p>Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de la coordination avec les autres membres de l'équipe Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>De votre point de vue, la compétence 5 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>
<p>Activité 3- Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Conformité de la réalisation des activités de <ul style="list-style-type: none"> o Circulante o Instrumentiste o Aide opératoire • Pertinence de la coordination avec les autres membres de l'équipe Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> • Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Circulante • Instrumentiste • Aide opératoire <p>Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de la coordination avec les autres membres de l'équipe Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>Pertinence de l'analyse des risques Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/></p> <p>De votre point de vue, la compétence 5 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>Commentaires :</p>

Nom du candidat :

<p>Activité 1 – Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire</p>	<p><input type="checkbox"/> <i>Oui, expérience diversifiée</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, expérience restreinte</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i></p>	<p>Compétence 6 - Mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Aide à la réalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ D'une aspiration ○ D'une hémostase ○ Aux sutures ○ A la réduction d'une fracture ○ A la pose d'un dispositif médical implantable • <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Injection d'un produit dans un viscère, une cavité, une artère <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Fermeture sous cutanée et cutanée <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Mise en place et fixation des drains sus aponévrotiques <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aide à la mise en place et au maintien des instruments d'exposition <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Aide à la réalisation : <ul style="list-style-type: none"> ○ D'une aspiration ○ D'une hémostase ○ Aux sutures ○ A la réduction d'une fracture ○ A la pose d'un dispositif médical implantable • <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Injection d'un produit dans un viscère, une cavité, une artère <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Fermeture sous cutanée et cutanée <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> • Mise en place et fixation des drains sus aponévrotiques <i>Satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <i>Non satisfaisant</i> <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 6 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Commentaires :</p>
--	---	---	---	--

Nom du candidat :

<p>Activité 7 – Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des stagiaires en bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée <input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 7 – Former et informer les professionnels et les stagiaires en formation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et accompagnement des stagiaires ou de nouveaux personnels Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Modalités d'accompagnement des personnes en formation Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Modalités d'évaluation de la formation des stagiaires Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et accompagnement des stagiaires ou de nouveaux personnels Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Modalités d'accompagnement des personnes en formation Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Modalités d'évaluation de la formation des stagiaires Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 7 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Commentaires :</p>
<p>Activité 8 - Réalisation de travaux de veille professionnelle et de recherche, formation personnelle spécifiques péri-opératoires</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée <input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 8 - Rechercher, traiter et produire des données professionnelles et scientifiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la recherche d'informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Participation à des études ou élaboration de documents professionnels Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>Questions à poser en entretien :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la recherche d'informations Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Participation à des études ou élaboration de documents professionnels Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 8 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Commentaires :</p>
<p>Activité 8 – Formation et information des équipes pluridisciplinaires et des stagiaires en bloc opératoire et dans les secteurs associés</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, expérience diversifiée <input type="checkbox"/> Oui, expérience restreinte <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Compétence 9 – Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la démarche d'évaluation d'une pratique professionnelle Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Qualité de l'analyse de la pratique professionnelle ou des propositions d'amélioration Satisfaisant <input type="checkbox"/> A vérifier <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la démarche d'évaluation d'une pratique professionnelle Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> • Qualité de l'analyse de la pratique professionnelle ou des propositions d'amélioration Satisfaisant <input type="checkbox"/> Non satisfaisant <input type="checkbox"/> <p>De votre point de vue, la compétence 9 est-elle acquise ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Commentaires :</p>

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des propositions de validation

NOM DU CANDIDAT :

DATE DE L'ENTRETIEN :

PROPOSITION (après entretien avec le candidat) :

Délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire
 OUI NON

En cas de validation partielle, indiquez les compétences validées :

	Compétence validée
Compétence 1 - Concevoir et mettre en œuvre des modes de prise en charge des personnes adaptés aux situations rencontrées en bloc opératoire et secteurs associés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 2 – Conduire une démarche qualité et de prévention des risques en bloc opératoire et secteurs associés	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 3 – Gérer le risque infectieux dans les secteurs interventionnels et service de stérilisation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 4 – Organiser et coordonner les activités de soins liées au processus péri-opératoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 5 – Mettre en œuvre des techniques et des pratiques en per et post-opératoire immédiat	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 6 – Mettre en œuvre des techniques complexes d'assistance chirurgicale	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 7 – Former et informer les professionnels et les personnels en formation	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 8 - Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Compétence 9 – Evaluer et améliorer les pratiques professionnelles	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

A Le

Le Président du Jury

Nom :

Signature :

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 3 mai 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de février 2017

NOR : AFSH1730224A

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 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2004, 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 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 février 2017, le 3 avril 2017, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de février 2017, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 25 058 960,11 € :

1. 23 021 186,51 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
 - 19 415 339,28 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments ;
 - 10 988,09 € au titre des forfaits « prélèvements d'organes » (PO) ;
 - 1 452,32 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
 - 268 547,97 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
 - 43 810,04 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
 - 3 281 048,81 € au titre des actes et consultations externes (ACE).
2. 1 454 923,69 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, se décomposant comme suit :
 - 1 186 203,73 € au titre des « médicaments séjour » ;
 - 268 719,96 € au titre des « médicaments ATU séjour » ;
3. 582 849,91 € 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 34 736,89 € 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 6 983,82 € 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 176,10 € 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 cheffe de service, adjointe au directeur général de l'offre de soins, chargée des fonctions de directrice générale de l'offre de soins par intérim, 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 officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 mai 2017.

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

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

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 mai 2017 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° 0113 du 14 mai 2017)

NOR : AFSA1713972A

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 27 avril 2017 ;

Vu les notifications en date du 3 mai 2017,

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. – Branche familles rurales

Accord du 19 novembre 2014 et avenant n° 1 du 18 janvier 2017 précisant les dispositions relatives au temps partiel.

II. – Convention collective du 26 août 1965 - UNISSS

Avenant 06-2016 du 18 novembre 2016 relatif à la modification de l'article 48 de la convention collective relatif aux congés payés exceptionnels pour événements familiaux.

B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales

I. – UDAF de l'Allier (03000 Moulins)

Avenant du 26 décembre 2016 relatif au compte épargne temps.

II. – ASFAD 35 (35000 Rennes)

1. Accord d'entreprise du 13 décembre 2016 relatif au passage provisoire d'un temps partiel à un temps complet par voie d'avenant au contrat de travail.

2. Accord d'entreprise du 13 décembre 2016 relatif à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

III. – Association Le Clos du Nid (48100 Marvejols)

Accord d'entreprise du 28 novembre 2016 relatif à la mobilité interne.

IV. – ADPEP 69 (69613 Villeurbanne)

Accord d'entreprise du 30 septembre 2016 et avenant n° 1 du 14 avril 2017 relatifs à l'exercice du droit syndical.

V. – *ACPPA*
(69300 Francheville)

Accord n° 11 du 6 décembre 2016 relatif à la revalorisation de la valeur du point et à des mesures diverses.

VI. – *APAJH de la Réunion*
(97490 Sainte-Clotilde)

1. Accord d'entreprise du 27 octobre 2016 relatif à la négociation annuelle obligatoire.
2. Avenant n° 1 du 3 novembre 2016 à l'accord RTT du 22 décembre 1999 relatif à l'organisation du temps de travail au CMPP Henri Wallon.

VII. – *Fondation Père Favron*
(97456 Saint-Pierre)

Accord d'entreprise du 6 décembre 2016 relatif à la suppression de la subrogation.

Art. 2. – Ne sont pas agréés les accords collectifs de travail et décisions unilatérales suivants :

A. – Accords de branche et conventions collectives nationales

I. – *Convention collective du 26 août 1965 - UNISSS*

1. Recommandation patronale du 18 novembre 2016 relative à la modification de l'article 8-2 de la convention collective relatif au congé de formation économique, sociale et syndicale.
2. Recommandation patronale du 30 décembre 2016 relative à la modification de l'article 48 de la convention collective relatif aux congés payés exceptionnels pour événements familiaux.
3. Recommandation patronale du 30 décembre 2016 relative à la formation professionnelle.

B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales

I. – *Association Association Le Clos du Nid*
(48100 Marvejols)

Accord d'entreprise du 1^{er} février 2017 relatif aux modalités d'application de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles aux accords d'entreprise et d'établissement négociés et signés au sein de l'association.

II. cc *EVAH - Association Espace de vie pour adultes handicapés*
(64500 Saint-Jean-de-Luz)

Accord d'entreprise du 21 juillet 2016 relatif à la durée quotidienne du travail durant les transferts, les week-ends et jours fériés.

III. – *APISEG – Association pour la prévention et l'insertion socio-éducative en Guadeloupe*
(97122 Baie-Mahault)

Accord collectif d'entreprise du 8 décembre 2015 relatif à la mise en œuvre de la complémentaire santé.

IV. – *Fondation Père Favron*
(97456 Saint-Pierre)

Accord d'entreprise du 6 décembre 2016 relatif au compte épargne temps.

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 mai 2017.

Pour la ministre et par délégation :
*Le directeur général
de la cohésion sociale,*
J.-P. VINQUANT

Nota. – Le texte de l'accord cité à l'article 1^{er} A (I et II) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé – protection sociale – solidarités n° 17/05, disponible sur le site internet du ministère en charge de la santé et des affaires sociales.



ANNEXE 1

ACCORD PROFESSIONNEL NATIONALE N° 1 RELATIF AU TRAVAIL
À TEMPS PARTIEL DANS LA BRANCHE FAMILLES RURALES

Entre

Les associations Familles rurales, les fédérations régionales, départementales, la fédération nationale, représentées par le collègue employeur siégeant au sein de la commission paritaire nationale

D'une part,

Et

Les organisations syndicales (CGT, CFDT, CFTC, FO) siégeant à la commission paritaire nationale et représentant l'ensemble du personnel salarié travaillant dans le cadre des associations et fédérations Familles rurales

D'autre part.

PRÉAMBULE

La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 comporte une série de mesures visant à mieux protéger les salariés qui travaillent à temps partiel et instaure notamment une durée minimale hebdomadaire de travail de vingt-quatre heures. Outre les exceptions légalement prévues, elle organise par ailleurs la possibilité pour les partenaires sociaux d'une branche de déroger à ces vingt-quatre heures compte tenu des spécificités de l'activité et donc de l'emploi dans certains secteurs professionnels.

Association familiale, Familles rurales agit au plus près des familles dans les territoires ruraux et périurbain pour répondre aux besoins de chacun à tous les âges de la vie. Il en résulte que les activités de familles rurales comportent des spécificités nécessitant d'adapter le cadre prévu par la loi du 14 juin 2013 :

- la nature intermittente voire occasionnelle d'un certain nombre d'activités pratiquées (accueil périscolaire, activités de loisirs...);
- la nature même du service rendu, accompagnement individualisé, intervention au domicile (aide et maintien à domicile, activité d'écoute et de conseil...);
- la localisation des services rendus dans des zones de faible densité de population avec pour corollaire un moindre niveau d'activité et des contraintes de déplacement.

Ces spécificités rendent difficile et même impossible, dans certains cas, la mise en place de contrats proposant un temps de travail d'au moins 24 heures hebdomadaires.

De même, certaines activités (périscolaire, intervention à domicile) impliquent parfois deux interruptions dans la journée.

La population salariée de Familles rurales compte 80 % de salariés en CDI. 55 % des salariés interviennent à temps partiel, 39 % travaillent moins de 24 par semaine, mais la moitié d'entre eux ont au moins un deuxième employeur.

Pour prendre en compte les contraintes d'organisation des activités de Familles rurales et lutter contre le temps partiel subi et les situations de précarité qui en découlent ;

Pour permettre aux employeurs de Familles rurales de disposer d'un cadre rassurant pour poursuivre leurs efforts de création d'emploi ;

Attachés à prendre en compte et à répondre aux besoins des familles même dans des zones de faible densité démographique ;

Avec pour volonté de consolider les emplois existants par la mutualisation avec d'autres réseau employeurs sur les territoires d'intervention de Familles rurales ;

Pour favoriser l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle ;

Par conséquent, il a été convenu ce qui suit par les partenaires sociaux :

Article 1^{er}

Durées de travail minimum

Dans le respect des articles L. 3123-14-1 et suivants du code du travail, il est proposé l'établissement, pour tous les employeurs relevant de la convention collective Familles rurales, de plusieurs planchers d'heures minimum en fonction des groupes de métiers figurant dans la grille de classification :

- groupe 1 et groupe 2 (fiches métier 2-1-a à 2-4-a) : le plancher est fixé à 104 heures mensuelles (soit 24 heures hebdomadaires) ;
- groupe 2 (fiches métier 2-5-a à 2-9-a) : le plancher est fixé à 75,77 heures mensuelles (soit 17 h 30 hebdomadaires) ;
- groupes 3 et 4 : le plancher est fixé à 8,66 heures mensuelles (soit 2 heures hebdomadaires) SAUF pour les métiers relevant du maintien à domicile où le plancher est fixé à 45 heures mensuelles (soit 10 h 39 hebdomadaires).

Ces dispositions s'appliquent aux contrats à durée indéterminée ou déterminée à temps partiel.

Article 2

Cas particuliers et dérogations

Les étudiants de moins de 26 ans

Conformément à l'article L. 3123-14-5 du code du travail les salariés étudiants de moins de 26 ans ne se verront fixer aucun horaire minimal.

Les contrats aidés

Les contrats aidés ne sont pas soumis aux 24 heures hebdomadaires minimum car ils bénéficient d'un régime juridique spécifique.

La demande des salariés

Un salarié peut, sur demande écrite motivée, faire part à son employeur de contraintes personnelles l'obligeant à effectuer moins d'heures par mois que ce que prévoit le présent accord pour sa catégorie professionnelle. L'employeur devra informer chaque année le comité d'entreprise ou, à défaut, les délégués du personnel du nombre de demandes de dérogations individuelles.

Le refus de l'employeur

Pour les contrats de travail à temps partiel en cours et jusqu'au 1^{er} janvier 2016, les employeurs bénéficient de la dérogation à la durée minimale hebdomadaire moyenne fixée par la loi évoquant la nécessaire prise en compte de l'activité économique de l'association.

Les CDD

Les salariés recrutés en CDD pour remplacer un salarié absent verront leur durée de travail calquée sur celle du salarié remplacé ou sur le temps de travail non assuré par le titulaire du poste (temps partiel thérapeutique ou parental) et ne respectera donc pas obligatoirement la durée minimale conventionnelle.

Article 3

Garanties et contreparties accordées aux salariés

Afin de permettre aux salariés à temps partiel de cumuler plusieurs activités et d'atteindre *a minima* 24 heures par semaine, les garanties suivantes leur sont accordées :

3.1. Cumul d'emplois et changement du planning

Les salariés dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 24 heures et dont le contrat de travail n'est pas régi par un accord d'aménagement du temps de travail, peuvent refuser le changement de leur planning dès lors que ce changement n'est pas compatible avec l'exercice d'une autre activité professionnelle (les plannings doivent être notifiés au salarié au moins 7 jours avant le début de leur exécution mais une modification du planning ne pourra en tout état de cause être imposée dans un délai inférieur à 3 jours, ce délai est de 24 h dans l'aide à domicile).

Ce refus ne pourra pas être constitutif d'une faute ni faire l'objet d'une sanction.

3.2. Regroupement des horaires de travail sur des demi-journées ou journées complètes

La répartition horaire des salariés à temps partiel doit être organisée, dans la mesure du possible, de manière à regrouper les heures de travail du salarié sur des journées ou des demi-journées régulières ou complètes.

À sa demande, le salarié peut renoncer au regroupement de ses heures de travail, soit pour lui permettre de faire face à des contraintes personnelles, soit pour lui permettre de cumuler plusieurs activités. Cette demande est écrite et motivée.

3.3. Obligation de formation

Par ailleurs, les salariés travaillant moins de 24 heures par semaine devront suivre tous les 3 ans une formation ayant pour but de favoriser leur employabilité et leur évolution professionnelle.

3.4. Priorité d'information concernant les opportunités d'emploi

Les employeurs s'engagent à proposer en priorités aux salariés à temps partiels les opportunités d'emploi correspondant à leurs compétences et leur zone géographique.

3.5. Rechercher des possibilités de cumul d'emploi avec d'autres employeurs

Les employeurs s'engagent à rechercher des rapprochements avec d'autres employeurs de la zone géographique pour étudier les possibilités de mutualisation et de cumul d'emploi pour compléter le temps de travail des salariés. Pour inciter les employeurs à lutter contre la précarité et le temps partiel subi, un point annuel sera effectué avec le salarié lors de son entretien d'évaluation.

Article 4

Complément d'heures

Conformément à l'article 3123-25 du code du travail, l'employeur et le salarié à temps partiel peuvent conclure un avenant au contrat de travail permettant d'augmenter temporairement la durée de travail du salarié.

Les parties conviennent que le nombre d'avenant de complément d'heures est limité à 4 avenants par an et par salarié.

Il est convenu que dans le cadre du remplacement d'un salarié temporairement absent, et quel que soit le motif de l'absence, aucune limite en nombre d'avenant n'est fixée.

L'avenant proposé devra indiquer :

- les motivations de cet avenant (accroissement temporaire d'activité, remplacement d'un salarié temporairement absent) ;
- la durée de l'avenant ;
- l'horaire du salarié durant cette période ;
- la répartition des horaires durant cette période ;
- la rémunération durant cette période, toutes primes et majorations incluses.

L'employeur proposera en priorité les compléments d'heures aux salariés qui auront exprimé leur volonté d'augmenter leur temps de travail.

Les heures complémentaires de travail accomplies par le salarié au-delà de la durée déterminée par l'avenant sont majorées conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Si l'avenant devait porter la durée du travail du salarié à un temps plein, les heures travaillées au-delà de la durée légale du travail seront récupérées ou rémunérées conformément aux dispositions légales.

Au terme de la durée fixée dans l'avenant, la durée de travail du salarié redevient celle initialement fixée au contrat de travail.

Article 5

Entrée en vigueur

L'application du présent accord entrera en vigueur à compter de la date de l'arrêté prononçant son extension.

Article 6

Suivi et révision de l'accord

Une commission de suivi du présent accord se réunira deux ans après son entrée en vigueur afin de faire un bilan qualitatif et quantitatif de son application.

Le présent accord pourra être révisé conformément aux dispositions légales.

Article 7

Dépôt

Le présent accord fera l'objet d'un dépôt à la direction générale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle ainsi que d'une demande d'extension.

Fait le 19 novembre 2014.

Pour le collège salariés :

CFDT
Fédération agroalimentaire
Annabelle DELENNE
Non signataire

CGT
Fédération des personnels
des organismes sociaux
Maryline CAVAILLE
Non signataire

CGT
Fédération des personnels
des organismes sociaux
Laetitia MAURE
Non signataire

Force ouvrière
Fédération action sociale
Roland SOAVI
Non signataire

CFDT
Fédération agroalimentaire
Arnaud REGUERRE
Signataire

CFTC
Fédération santé services sociaux
Gérard SAUTY
Signataire

Force ouvrière
Fédération action sociale
Pascal CORBEX
Non signataire

Pour le collège employeurs :

Michel PILLON
Signataire
Marie-Agnès BESNARD
Signataire
Sylvain BRELOT
Signataire
Odette TOLMER
Signataire

Monique ROUSSEAU
Signataire
Hélène CARNET
Non signataire
Bernard GAZON
Signataire
Jean-Pierre BELEY
Signataire

ANNEXE 2



AVENANT N° 1 À L'ACCORD PROFESSIONNEL NATIONAL N° 1 RELATIF
AU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL DANS LA BRANCHE FAMILLES RURALES

Entre

Les associations Familles rurales, les fédérations régionales, départementales, la fédération nationale, représentées par le collègue employeur siégeant au sein de la commission paritaire nationale

D'une part,

Et

Les organisations syndicales (CGT, CFDT, CFTC, FO) siégeant à la commission paritaire nationale et représentant l'ensemble du personnel salarié travaillant dans le cadre des associations et fédérations Familles rurales

D'autre part

Il a été convenu ce qui suit :

PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour vocation de compléter l'accord professionnel national n° 1 relatif au travail à temps partiel signé le 19 novembre 2014. L'accord est complété par les deux articles ci-après :

Article 1^{er}

Champ d'application de l'accord

L'accord professionnel national relatif au travail à temps partiel s'applique sur le territoire métropolitain et sur les départements et territoires d'outremer à l'ensemble des associations et fédérations familles rurales affiliées et classées selon la nomenclature d'activités française (NAF) dans les groupes suivants :

55.30Z : terrains de camping et parcs pour caravanes ou véhicules de loisirs

55.10Z : hôtels et hébergements similaire

56.29B : autres services de restauration

85.51Z : enseignement de disciplines sportives et d'activités de loisirs

85.59A : formation continue d'adultes

85.52Z : enseignement culturel

85.59B : autres enseignements

88.91A : accueil de jeunes enfants

88.10A : aide à domicile

88.10B : accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées

88.99B : action sociale sans hébergement n.c.a.

88.99A : autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents

94.99Z : autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire

59.14Z : projection de films cinématographiques

90.01Z : arts du spectacle vivant

90.03B : autre création artistique

78.10Z : activités des agences de placement de main-d'œuvre

79.90Z : autres services de réservation et activités connexes

93.29Z : autres activités récréatives et de loisirs

97.00Z : activités des ménages en tant qu'employeurs de personnel domestique

Cette liste n'est pas exhaustive.

Article 2

*Précision sur les groupes métiers concernés cités par l'article 1^{er}
« Durée de travail minimum » de l'accord*

Il faut entendre par « groupe 1 et groupe 2 (fiches métier 2-1-a à 2-4-a) », les groupes métiers suivants :

Groupe 1	1-4-a	Délégué(e) régional(e)
	1-3-a	Coordinateur(trice) de services de soins
	1-2-a	Directeur(trice) adjoint(e) de fédération
	1-1-a	Directeur(trice) de fédération

Groupe 2	2-4-a	Responsable de secteur
	2-3-a	Chargé(e) de missions
	2-2-a	Conseiller(ère) technique
	2-1-a	Responsable de service

Par « groupe 2 (fiches métier 2-5-a à 2-9-a) » :

Groupe 2	2-9-a	Infirmier(ière)
	2-8-a	Assistant(e) de direction
	2-7-a	Directeur(trice) d'association
	2-6-a	Animateur(trice) de RAM
	2-5-a	Directeur(trice) de structure PE

Par « groupes 3 et 4 » :

Groupe 4	4-11-a	Agent d'entretien
	4-10-a	Agent à domicile
	4-9-a	Préparateur(trice) de cuisine
	4-8-a	Personnel d'accompagnement
	4-7-a	Employé(e) à domicile
	4-6-a	Aide comptable
	4-5-a	Secrétaire-employé(e) de bureau
	4-4-a	Animateur(trice) d'ACM permanent
	4-3-a	Conducteur(trice) de car
	4-2-a	Secrétaire local(e) aide à domicile
	4-1-a	Assistant(e) éducateur(trice)
Groupe 3	3-16-a	Cuisinier(e)-économe
	3-15-a	Animateur(trice) local(e) et/ou fédéral(e)
	3-15-b	Directeur adjoint d'ACM permanent
	3-14-a	Professeur – animateur technique
	3-13-a	Maquettiste- secrétaire de rédaction
	3-12-a	Secrétaire assistante
	3-11-a	Auxiliaire de puériculture
	3-10-a	Conseiller(e) conjugal(e)
	3-9-a	Conseiller(e) ESF
	3-8-a	Directeur(trice) d'ACM permanent
	3-7-a	Comptable
	3-6-a	Auxiliaire de vie sociale
	3-5-a	Aide soignant(e)
	3-4-a	Educateur(trice) petite enfance
	3-3-a	Accueillant(e) Relais Familles
	3-2-a	Directeur(trice) adjoint(e) de structure PE
3-1-a	Responsable technique petite enfance	

Article 3

Dépôt

Le présent avenant pourra être révisé selon les règles prévues aux articles L. 2222-5, L. 2261-7 et L. 2261-8 du code du travail et dénoncé selon les règles prévues aux articles L. 2222-6, L. 2261-9 à L. 2261-13 du même code.

Le présent avenant sera notifié à l'ensemble des organisations représentatives puis déposé pour agrément auprès du ministère des affaires sociales et de la santé en application de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, puis après l'obtention de l'agrément déposé, en deux exemplaires (dont une version sur support papier signée des parties et une version sur support électronique) auprès des services centraux du ministre chargé du travail dans les conditions prévues aux articles L. 2231-6 et D. 2231-2 et suivants du code du travail.

Un exemplaire original sera également établi pour chaque partie.

Il est précisé que le présent avenant ainsi que l'accord qu'il modifie entreront en vigueur à compter de leur agrément par le ministère des affaires sociales et de la santé en application de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles et de leur extension par le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social.

Fait à Paris, le 18 janvier 2017.

Pour le collège salariés :

CFDT
Fédération agroalimentaires
Arnaud REGUERRE
Signataire

CGT
Fédération des personnels des
organismes sociaux
Dominique RIBET
Non signataire

Force ouvrière
Fédération action sociale
Stéphane REGENT
Non signataire

CFTC
Fédération santé services sociaux
Gérard SAUTY
Non signataire

CFDT
Fédération agroalimentaires
Annabelle DELENNE
Non signataire

CGT
Fédération des personnels des
organismes sociaux
Sandrine BLIS
Non signataire

Force ouvrière
Fédération action sociale
Pascal CORBEX
Non signataire

CFTC
Fédération santé services sociaux
Pierre-Baptiste CORDIER-SIMONNEAU
Signataire

Pour le collège employeurs :

Michel PILLON
Signataire

Marie-Agnès BESNARD
Signé

Bernard GAZON
Non signataire

Monique ROUSSEAU
Signataire

Sylvain BRELOT
Non signataire

Daniel FONTAINE
Signataire

Jean-Pierre BELEY
Non signataire

Yves METEIL
Signataire

ANNEXE 3

AVENANT 06-2016 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 :

Remplacer :

« Pour le décès d'un beau-frère, d'une belle-sœur, d'un beau-père, d'une belle-mère : un jour ouvré,

Pour le décès d'un parent (père, mère, sœur, grand-mère, grand-père, petit-fils, petite-fille) : deux jours ouvrés. »

Par :

« Pour le décès du père, de la mère, du beau-père, de la belle-mère, d'un frère ou d'une sœur : trois jours ouvrés,

Pour le décès d'une grand-mère, d'un grand-père, d'un petit fils, d'une petite fille : deux jours ouvrés. »

Remplacer :

« Pour le décès d'un conjoint ou du partenaire d'un PACS : cinq jours ouvrés. »

Par :

« Pour le décès d'un conjoint, du partenaire d'un PACS ou du concubin : cinq jours ouvrés. »

Cet avenant est applicable à partir du 1^{er} décembre 2016.

Charenton-le-Pont, le 18 novembre 2016.

CFE-CGC

Signataire

UNISSS

Signataire

CFDT

Signataire

SISMES

Signataire

CGT

Signataire

SNAMIS

Signataire

SUD Santé Sociaux

Non signataire

FNAS-FO

Non signataire

CFTC

Signataire

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la politique des produits
de santé et de la qualité des pratiques
et des soins

Bureau des dispositifs médicaux
et autres produits de santé (PP3)

*Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques*

Département méthodes
et systèmes d'information

Instruction n° DGS/PP3/DREES/DMSI/2017/113 du 31 mars 2017 relative à l'enregistrement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical et de leurs sites de rattachement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)

NOR : AFSP1710358J

Validée par le CNP le 31 mars 2017. – Visa CNP 2017-37.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par la ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : règles d'enregistrement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical et de leurs sites de rattachement dans le répertoire FINESS.

Mots clés : oxygène à usage médical – structures dispensatrices – sites de rattachement – bonnes pratiques – FINESS.

Références :

Code de la santé publique article L. 4211-5 ;

Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (*JO* du 22 juillet 2015, *BO* santé, protection sociale, solidarité 2015/8 du 15 septembre 2015) ;

Note d'information DGS/PP3/2016/129 du 20 avril 2016 relative aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical.

Annexe :

Annexe 1. – Annexe technique FINESS.

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

I. – CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE ET OBJECTIF

Les structures dispensatrices de gaz à usage médical à domicile, en particulier d'oxygène, sont prévues par les dispositions de l'article L. 4211-5 du code de la santé publique qui précise : « Par dérogation aux dispositions du 4° de l'article L. 4211-1, des personnes morales respectant les bonnes pratiques de distribution définies par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent

être autorisées à dispenser à domicile, sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'ordre des pharmaciens en section A, D et E, des gaz à usage médical. L'autorisation est accordée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis des instances compétentes de l'ordre national des pharmaciens. En cas d'infraction, elle peut être suspendue ou supprimée par le directeur général de l'agence régionale de santé. »

L'arrêté du 16 juillet 2015 publié au *JO* du 22 juillet 2015 et au *BO* santé – protection sociale – solidarité 2015/8 du 15 septembre 2015 comporte en annexe les nouvelles bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical. Ces bonnes pratiques sont applicables depuis le 22 juillet 2016, soit un an après la publication de l'arrêté. Elles reposent sur une volonté d'amélioration des pratiques, notamment par un renforcement de la présence pharmaceutique au sein des structures dispensatrices, déterminée en fonction du nombre de patients traités. Ces nouvelles dispositions visent à apporter des garanties en termes de qualité et de sécurité.

La note d'information DGS/PP3 du 20 avril 2016 a pour objet de donner aux ARS, et en particulier aux pharmaciens chargés d'instruire les dossiers s'y rapportant, toutes précisions utiles quant au dépôt, à l'instruction et aux décisions relatives aux demandes d'autorisation des structures dispensatrices ou de modification de celles-ci ainsi que de leurs inspections. L'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical est délivrée par les ARS au vu de conditions de fonctionnement de la structure, apportant des garanties de qualité et de sécurité.

Aucune cartographie des sites de rattachement des structures dispensatrices d'oxygène à usage médical avec leurs aires géographiques d'intervention respectives n'existe à l'heure actuelle sur le territoire. Chaque ARS connaît les structures qu'elle autorise mais ces données ne sont pas mutualisées au niveau national. En l'absence de système d'information, le nombre de sites de rattachement des structures dispensatrices d'oxygène à usage médical ne peut pas être connu. Par ailleurs, un même pharmacien peut exercer dans plusieurs sites de rattachement d'une même structure dispensatrice, qui peuvent être situées dans des régions différentes.

Dans ce contexte la présente instruction a pour objet de formaliser les règles d'enregistrement des structures dispensatrices d'oxygène à usage médical et de leurs sites de rattachement dans FINESS et de fixer la nomenclature y afférente. L'enregistrement dans FINESS est un préalable nécessaire à l'intégration de ces structures et de leurs sites de rattachement dans le système d'information BIOMED, par ailleurs déjà utilisé en ARS sur le périmètre des laboratoires de biologie médicale.

II. – LES RÈGLES D'ENREGISTREMENT DES STRUCTURES DISPENSATRICES D'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL ET DE LEURS SITES DE RATTACHEMENT DANS LE RÉPERTOIRE FINESS

Les règles d'enregistrement sont formalisées dans la fiche technique figurant en annexe 1 à la présente instruction.

Il est rappelé que les établissements (ET), qui sont ici les sites de rattachement autorisés des structures dispensatrices d'oxygène à usage médical, ainsi que les entités juridiques auxquels ils sont rattachés sont enregistrés dans FINESS. Les sites de stockage annexe ne seront quant à eux pas enregistrés dans FINESS.

III. – LES MODALITÉS DE REPRISE DU STOCK DES STRUCTURES DISPENSATRICES ET DE LEURS SITES DE RATTACHEMENT

Les gestionnaires FINESS, avec l'appui des directions en charge des structures dispensatrices d'oxygène en ARS, enregistrent chaque établissement dans FINESS, conformément aux règles édictées en annexe 1.

Les agences ont jusqu'à fin juin 2017 pour l'enregistrement des entités juridiques situées dans leur région et jusqu'à fin août 2017 pour les établissements (sites de rattachement) y étant rattachés (cf. paragraphe 3 de l'annexe 1). À la fin de chacune de ces échéances, la DREES reviendra vers les ARS pour qu'elles confirment que les enregistrements des structures et de leurs sites de rattachement sont terminés.

IV. – LES MODALITÉS D'ENREGISTREMENT DANS LE RÉPERTOIRE FINESS

Tant lors de la phase de reprise du stock que, par la suite, en fonctionnement courant, les documents administratifs faisant référence pour l'enregistrement sont les arrêtés ou décisions portant autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical, en cours de validité, délivrés par les directeurs généraux d'ARS et le cas échéant par les anciens directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales (DRASS), antérieurement à la création des ARS.

Avant de créer une nouvelle structure ou un nouveau site dans le répertoire FINESS, les gestionnaires en ARS devront s'assurer que celui-ci n'y figure pas déjà dans une autre catégorie. De plus, les ARS pourront confirmer les données à enregistrer dans FINESS en s'appuyant sur les données figurant sur le site de l'INSEE ou du CNOP.

Dans le cas où la structure existe déjà dans FINESS, les gestionnaires en ARS devront la reclasser dans la bonne catégorie et effectuer les modifications nécessaires pour la rendre conforme à cette instruction (modification du MFT, du SPH, renseignement du SIRET, *cf.* annexe 1).

Nous vous remercions de l'attention particulière que vous porterez à la mise en œuvre de cette instruction. Il vous appartient, en particulier, d'en assurer la diffusion auprès des structures concernées de votre région.

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser au bureau « dispositifs médicaux et autres produits de santé » (PP3) de la DGS, ou à l'unité FINESS de la DREES :

DREES-DMSI-FINESS@sante.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
PR B. VALLET

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

*Le directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,*
F. VON LENNEP

ANNEXE 1

FICHE TECHNIQUE FINESS

1. Enregistrement dans FINESS

Les gestionnaires FINESS, avec l'appui des directions en charge des structures dispensatrices d'oxygène en ARS, enregistrent chaque établissement dans FINESS, conformément aux règles édictées ci-après.

2. Caractérisation des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical dans FINESS

Les structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical sont enregistrées dans FINESS par l'intermédiaire de l'entité juridique (EJ).

Les sites de rattachement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical sont enregistrés dans FINESS par l'intermédiaire de l'établissement (ET).

2.1. *Caractérisation des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical en tant que personne morale*

La personne morale d'une structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical est immatriculée dans FINESS par l'intermédiaire de la notion d'entité juridique (EJ) composée d'un numéro FINESS associé à une raison sociale (soit société, soit association), une adresse, une catégorie et un statut juridique.

Selon l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, une structure dispensatrice :

- est une personne morale autorisée ;
- effectue les opérations prévues par les bonnes pratiques ;
- peut compter plusieurs sites de rattachement, chacun bénéficiant :
 - d'une autorisation ;
 - d'un pharmacien responsable ;
 - d'une activité sur une aire géographique donnée.

2.2. *Caractérisation fonctionnelle des établissements (sites de rattachement des structures dispensatrices d'oxygène à usage médical)*

Le site de rattachement est immatriculé dans FINESS par la notion d'établissement (ET) composée d'un numéro FINESS associé à une raison sociale, une adresse, une catégorie d'établissement et rattaché obligatoirement à une entité juridique (EJ).

Selon l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, un site de rattachement est un site :

- où s'effectue l'organisation de la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical sur une aire géographique autorisée par le directeur général de l'ARS ;
- à partir duquel est effectuée la distribution en vue de la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, sur l'aire géographique considérée ;
- où s'exerce la responsabilité pharmaceutique du pharmacien responsable du site de rattachement ;
- où sont conservés ou consultables les documents relatifs à la dispensation de l'oxygène (assurance qualité, traçabilité, vigilance sur l'oxygène, dispositifs médicaux associés) ;
- au titre duquel l'autorisation est accordée ;
- qui peut être distinct du siège social de la structure dispensatrice si celle-ci est une personne morale.

3. Règles de gestion des entités juridiques (EJ)

Compte tenu de la possibilité pour une EJ d'avoir plusieurs sites de rattachement (ET) dans différentes régions, les EJ seront si possible à enregistrer en priorité, afin de pouvoir permettre à l'ensemble des gestionnaires FINESS dans les différentes ARS de pouvoir enregistrer ensuite, dans les meilleurs délais, les ET qui y sont rattachés.

3.1. *Raison sociale et adresse*

La raison sociale et l'adresse retenues sont celles du siège de la structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical portées sur les décisions d'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical. Cette adresse sera renseignée en respectant les règles de saisie dans FINESS.

3.2. *Statut de l'entité juridique*

Le statut juridique retenu est celui de la structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical, portées sur les décisions d'autorisation de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical et saisi conformément à la nomenclature FINESS.

3.3. *Catégorie de l'entité juridique*

La catégorie de l'entité juridique n'est pas saisissable pour les entités juridiques concernées.

3.4. *Numéro SIREN*

Le numéro SIREN de la personne morale autorisée à fonctionner est repris depuis le répertoire SIRENE.

4. **Règles de gestion des établissements (ET)**

Il est précisé que la notion d'« établissement » utilisée dans le cadre du répertoire FINESS ne correspond pas à celle d'« établissement de santé ». Elle recouvre toute structure sanitaire, sociale ou médico-sociale faisant l'objet d'un enregistrement dans FINESS.

NB : Seuls les sites de rattachement des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical seront enregistrés dans FINESS (les sites de stockage annexe ne seront quant à eux pas enregistrés dans FINESS).

4.1. *Numéro FINESS*

Le numéro FINESS de l'établissement est attribué automatiquement.

4.2. *Raison sociale et adresse*

La raison sociale et l'adresse sont celles du site de rattachement de la structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical, portée sur la décision d'autorisation.

Cette adresse sera renseignée en respectant les règles de saisie dans FINESS.

4.4. *Catégorie d'établissement*

Il est créé une nouvelle catégorie d'établissement :

N° : 632.

Libellé court : str.dom.oxy.medic.

Libellé long : structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical.

Cette catégorie est rattachée à l'agrégat n° 3201 (commerce de biens à usage médicaux).

4.5. *Date d'autorisation, date d'ouverture, date de fermeture*

La date d'autorisation correspond à la date de notification de l'autorisation. La date d'ouverture correspond à la date de début de fonctionnement effectif de la structure dispensatrice à domicile d'oxygène à usage médical.

4.6. *Mode de fixation des tarifs (MFT)*

Le code MFT pour la catégorie n° 632 est le suivant :

N° : 01.

Libellé court : tarif libre.

Libellé long : établissement tarif libre.

Autorité : sans.

4.7. *Code participation au service public hospitalier*

Le champ « service public hospitalier » (SPH) ne peut pas être renseigné.

4.8. Code APE

L'activité principale des établissements (codes APE) cibles des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical au sens du répertoire SIRENE est *a priori* la suivante :

Code 4773Z : commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé.

Dans tous les cas, le code APE des structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical devrait être cohérent avec celui déclaré à l'INSEE.

4.9. Numéro SIRET

Le numéro SIRET sera obligatoirement renseigné pour permettre à l'ordre national des pharmaciens (sections D et E) de faire le rapprochement de sa base avec la base FINESS.

4.10. DE sanitaires autorisées

Il est créé une nouvelle DE sanitaire :

N° : 666.

Libellé court : disp.dom.oxy.médic.

Libellé long : dispensation à domicile d'oxygène à usage médical.

Cette DE sanitaire est rattachée à l'agrégat n° 0481 (Pharmacie et autres biens médicaux).

Définition de la dispensation à domicile d'oxygène à usage médical (extrait de l'arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical) : la dispensation de l'oxygène à usage médical est l'acte pharmaceutique associant la délivrance de l'oxygène à usage médical à :

- l'analyse pharmaceutique de la prescription médicale ;
- la préparation éventuelle, y compris le remplissage des réservoirs cryogéniques d'oxygène médicinal destinés aux patients ;
- la mise à disposition d'informations nécessaires au bon usage de l'oxygène à usage médical.

Elle comprend toutes les opérations faites au domicile du patient concernant l'oxygène à usage médical, les récipients et les dispositifs médicaux associés.

NB : Les établissements classés dans la catégorie 632 devront obligatoirement avoir une autorisation de DE 666, mais pourront également avoir des autorisations sur d'autres DE, notamment celles contenues dans l'agrégat 0351 (aide aux insuffisants respiratoires).

4.11. DE sanitaires installées

Aucun enregistrement n'est plus effectué au niveau des « Disciplines d'équipements sanitaires installées ». Seules sont enregistrées les « Disciplines d'équipements sanitaires autorisées ».

4.12. Type d'activité autorisé

Le type d'activité à associer à la DE n° 666 est le suivant :

N° : 16.

Libellé court : milieu ordinaire.

Libellé long : prestation en milieu ordinaire.

4.13. Autorisation de soins (source : ARHGOS)

Les structures dispensatrices à domicile d'oxygène à usage médical ne pouvant pas être titulaires d'autorisation de soins, aucun enregistrement d'autorisation de ce type ne devrait être possible dans le référentiel ARHGOS pour les établissements relevant de la catégorie « 632 - Structure Dispensatrice à domicile d'Oxygène à usage médical ».

5. Autres informations

Les zones d'adresse comme le numéro, le type ou la voie sont renseignées et les informations retenues sont celles indiquées sur l'arrêté ou la décision d'autorisation.

Dans la mesure du possible, il convient de compléter les zones « téléphone » et « mail ». Concernant l'email, une adresse email générique de contact est sollicitée auprès des établissements.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

CNG Centre national de gestion

Arrêté du 19 avril 2017 portant nomination des membres de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière

NOR : AFSN1730211A

La directrice générale du Centre national de gestion,
Vu le code de la santé publique ;
Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 9 ;
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;
Vu l'arrêté du 11 mars 2010 fixant la composition de la commission d'accès pour le tour extérieur relatif au corps des personnels de direction de la fonction publique hospitalière régie par le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié ;
Vu l'arrêté en date du 9 mars 2016 fixant la composition nominative des membres de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière,

Arrête :

Article 1^{er}

La composition nominative de la commission d'accès au tour extérieur, compétente à l'égard du corps des directeurs d'hôpital de la fonction publique hospitalière, est fixée comme suit :

Représentants de l'administration

Membres titulaires

Mme Huguette VIGNERON-MELEDER, représentante de l'inspection générale des affaires sociales (Paris), présidente.

Mme Sandrine PAUTOT et Mme Martine LABORDE-CHIOCCHIA, représentantes de la direction générale de l'offre de soins (Paris).

M. Alban NIZOU, représentant du Centre national de gestion (Paris).

Membres suppléants

Un représentant de l'inspection générale des affaires sociales (Paris).

Deux représentants de la direction générale de l'offre de soins (Paris).

Mme Annick VAN-HERZELE, représentante du Centre national de gestion (Paris).

Représentants des personnels de direction

Membres titulaires

Mme Anne MEUNIER et Mme Aurélie DANILO, représentantes du syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés CFDT (SYNCASS/CFDT).

M. Nicolas SALVI, représentant du syndicat des managers publics de santé – Union nationale des syndicats autonomes (SMPS/UNSA).

Mme Sylvie LARIVEN, représentante du syndicat des cadres hospitaliers – Force ouvrière (CH/FO).

Membres suppléants

M. Julien BILHAUT et Mme Nathalie MARCZAK, représentants du syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés CFDT (SYNCASS/CFDT).

M. Damien FLOUREZ, représentant du syndicat des managers publics de santé – Union nationale des syndicats autonomes (SMPS/UNSA).

Mme Michèle DAMON, représentante du syndicat des cadres hospitaliers – Force ouvrière (CH/FO).

Article 2

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Fait le 19 avril 2017.

La directrice générale,
D. TOUPILLIER

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

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

Bureau alimentation et nutrition (EA3)

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

*Direction générale de l'enseignement
supérieur et de l'insertion professionnelle*

Service de la stratégie des formations
et de la vie étudiante

Sous-direction des formations
et de l'insertion professionnelle

Département des formations
du cycle licence

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction des sports

Sous-direction de l'action territoriale,
du développement des pratiques sportives
et de l'éthique du sport

Bureau de la protection du public,
de la promotion de la santé
et de la prévention du dopage (DS B2)

Instruction interministérielle n° DGS/EA3/DGESIP/DS/SG/2017/81 du 3 mars 2017 relative à la mise en œuvre des articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique et portant guide sur les conditions de dispensation de l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée

NOR : AFSP1707708J

Validée par le CNP le 3 mars 2017. – Visa CNP 2017-27.

Examinée par le COMEX JSCS le 16 mars 2017.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente instruction a pour objectif de vous donner des orientations et recommandations pour le déploiement sur le territoire national du dispositif de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée qui résulte de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016. À cet effet, elle est accompagnée d'un guide visant à donner aux services de l'État et aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils pour : faciliter la prescription de cette activité par le médecin traitant ; recenser les offres locales d'activités physiques et sportives et d'interventions en activité physique adaptée à la pathologie, et construire, le cas échéant, des systèmes intégrés de nature à formaliser cette offre ; contribuer à mobiliser des financements pour favoriser l'existence et le développement de cette offre, et la faire connaître des médecins traitants et des patients.

Mots clés : médecin traitant – parcours de soins – activité physique adaptée à la gravité de la pathologie – patients en affection de longue durée (à limitations sévères, modérées, minimales, sans limitations) – professionnels de santé – professionnels du sport – titulaires d'un diplôme en activité physique adaptée (enseignants en activité physique adaptée) – éducateurs sportifs – diplômes – titres à finalité professionnelle – certificats de qualification – certifications délivrées par les fédérations sportives – Comité national olympique et sportif français (CNOSF) – dispositifs intégrés.

Références :

- Code de la santé publique : articles L. 1172-1 et D. 1172-1 à D. 1172-5 ;
- Instruction n° DGS/EA3/DGOS/2011/380 du 29 juillet 2011 relative à la mise en œuvre du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS) ;
- Instruction n° EA3/DGS/2012/45 du 29 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la déclinaison pour l'outre-mer du programme national nutrition santé (PNNS 3) et du plan obésité (PO) par les agences régionales de santé (ARS) ;
- Instruction n° DS/DSB2/DGS/DS/DGCS/2012/434 du 24 décembre 2012 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures visant à promouvoir et développer la pratique des activités physiques et sportives comme facteur de santé publique, annoncées en conseil des ministres du 10 octobre 2012 ;
- Instruction n° 2016-154 du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé en application des articles 158 et 162 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- Rapport du groupe de travail du Professeur Xavier Bigard « Activité physique et prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques : quelles compétences pour quels patients ? Quelles formations ? » remis au directeur général de la santé le 20 juin 2016 ;
- http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_physique_maladies_chroniques.pdf
- Programme national nutrition santé 2011-2015.
- http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

Annexes :

- Guide permettant la mise en œuvre du dispositif concernant la dispensation de l'activité physique adaptée.
- Annexe 1. – Formulaire spécifique de prescription à la disposition des médecins traitants.
- Annexe 2. – Tableau des phénotypes fonctionnels des patients atteints d'une affection de longue durée.
- Annexe 3. – Tableau des compétences nécessaires aux professionnels et personnes habilités à dispenser l'activité physique adaptée prescrite par le médecin traitant aux patients atteints d'affections de longue durée.
- Annexe 4. – Tableau des interventions des professionnels et autres intervenants.

La ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Madame et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie, chanceliers des universités.

1. L'activité physique, un déterminant reconnu pour l'amélioration de la santé et promu dans le cadre du Programme National Nutrition Santé (PNNS), du Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE) et du Plan national d'action de la prévention de la perte d'autonomie (PNAPPA)

L'activité physique est un déterminant de santé en soi comme l'attestent les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé et les différentes expertises menées : de nombreuses études montrent qu'elle contribue à réduire les risques de survenue de la plupart des maladies chroniques en particulier : diabète de type 2, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladies cardiovasculaires, cancer. De plus, la pratique de l'activité physique permet d'améliorer l'état clinique, de réduire les complications et les risques de récurrences de plus de 26 pathologies chroniques. À titre d'exemple, la pratique régulière de l'activité physique après diagnostic de cancer est associée entre autres à une réduction de 40 % de la mortalité globale et à une amélioration de la qualité de vie et de la fatigabilité. Elle s'accompagne aussi d'une réduction de 25 à 30 % de la mortalité

cardiovasculaire des patients coronariens, d'une amélioration de l'état clinique et d'une réduction des hospitalisations des patients insuffisants cardiaques. Enfin, elle permet d'améliorer l'équilibre glycémique de patients diabétiques de type 2 et de réduire de manière importante la morbidité cardiovasculaire de ces patients.

La Haute Autorité de Santé reconnaît depuis 2011 le bénéfice pour les patients atteints de maladies chroniques de cette thérapeutique non médicamenteuse et travaille actuellement à définir des recommandations de prescription de l'activité physique par le médecin traitant pour ces patients, recommandations qui devraient paraître dans le courant de l'année 2017.

Le PNNS 2011-2015 a développé un axe spécifique sur le développement de l'activité physique qui est le socle du Plan national sport, santé, bien-être initié fin 2012 en lien avec le ministère des sports. Il en est de même pour le PNAPPA qui prévoit également la promotion et le développement de la pratique d'activités physiques et sportives en direction des séniors.

Le Plan National Sport, Santé, Bien-être (PNSSBE), co-piloté par le ministère chargé des sports et le ministère chargé de la santé, a fait l'objet d'une instruction commune n° DS/DSB2/SG/DGS/2012/434 du 24 décembre 2012, aux ARS et DR-D-JSCS, leur demandant de lancer la constitution de réseaux sports – santé – bien-être au niveau régional, en mettant à profit les ressources humaines et financières des deux côtés.

Conformément à cette instruction, les ARS et les DR-D-JSCS se sont mobilisées pour promouvoir l'activité physique comme facteur de santé, avec la signature des conventions-cadre, afin de déterminer les modalités de collaboration entre les deux institutions et l'élaboration conjointe des Plans Régionaux « Sport, Santé, Bien-être » avec pour perspectives la mise en place des réseaux « sport-santé ». Cette démarche a également été inscrite comme priorité du Schéma Régional de Prévention, élément du Projet Régional de Santé. De nombreuses collectivités ont développé des projets locaux de type « sport sur ordonnance » en s'articulant notamment avec les contrats locaux de santé. Par ailleurs, nombreux sont les réseaux de santé et les plateformes « sport-santé » qui proposent un cycle éducatif en activité physique adaptée (APA) pour aider les personnes les plus fragilisées à combler un déficit de ressources physiques, psychologiques et sociales avant d'être orientées vers une pratique dans des dispositifs de droit commun. De même certains établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et établissements et services accompagnant des personnes en situation de handicap développent la pratique d'une activité physique sportive adaptée encadrée par un professionnel spécifiquement formé.

2. Le renforcement du recours à l'activité physique opéré par la loi de modernisation de notre système de santé

L'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé consacre à l'article L. 1172-1 du code de la santé publique la possibilité pour le médecin traitant de prescrire une activité physique aux patients en affection de longue durée (ALD), adaptée à la gravité de leur pathologie, à leurs capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) et au risque médical encouru. Les modalités d'application de cet article ont été précisées par le décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 relatif aux conditions de dispensation de l'activité physique prescrite par le médecin traitant à des patients atteints d'une affection de longue durée (codifié aux articles D. 1172-1 à D. 1172-5 du code de la santé publique). Dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, il est prévu d'accroître le recours aux activités physiques comme thérapeutique non médicamenteuse et de développer la prescription de l'activité physique, qui soit adaptée aux capacités fonctionnelles, aux risques médicaux des patients en ALD, et aux bénéfices attendus, par les médecins traitants.

À cette fin, il est mis à la disposition des ARS et des DR-D-JSCS un guide visant à donner aux services de l'État, aux structures et professionnels de santé, médico-sociaux, de l'Activité Physique Adaptée et du sport impliqués dans la mise en œuvre du dispositif des outils et des éléments pour impulser, faciliter et accompagner le recours à l'activité physique pour les patients en ALD, à co-construire des réseaux capables de proposer une offre pérenne d'activités physiques par des personnes et des structures disposant des moyens et des compétences nécessaires, à mobiliser les fonds publics et privés nécessaires et à permettre l'information des autorités et du public sur l'offre disponible en matière d'activités physiques.

Les plans régionaux « Sport, Santé, Bien-être » ont permis le développement de structures relevant du monde de la santé et du sport (réseaux sport-santé) qui présentent des modes de fonctionnement différents et qui font appel à des intervenants ayant des niveaux différents de formation. Néanmoins, le point central du dispositif demeure le médecin traitant qui oriente le patient vers une pratique d'activité physique qui soit adaptée à son état clinique et aux bénéfices attendus, et

en assure le suivi médical. La variété de l'offre constitue un avantage pour le développement de la prescription d'une activité physique qui se pratique dans des environnements divers (secteur de soins, du médico-social, du sport, de la ville, etc.).

Le mode de financement annuel des actions et dispositifs d'activité physique pour les personnes atteintes de maladies chroniques, tels que les réseaux sport-santé constitue un des freins à leur développement. Une sécurisation de ces actions et dispositifs, avec une inscription dans la durée, serait envisageable dans le cadre de financements pluriannuels. La poursuite du financement permettra aussi aux personnes éloignées de la pratique en raison des difficultés financières et sociales de poursuivre ce type de programme dans la durée.

3. Pilotage et animation du dispositif

Dans le cadre du déploiement, de l'accompagnement et de l'évaluation du dispositif précités, nous vous demandons de renforcer son animation, en permettant et en assurant un co-pilotage renforcé par les ARS et les DR-D-JSCS dans chaque région.

Ce pilotage renforcé, visant à faciliter, impulser et dynamiser toutes les initiatives et tous les projets en cours au niveau régional, s'organisera sous l'égide de l'ARS et de la DR-D-JSCS.

Il devra associer tous les acteurs concernés (services de l'État, représentants du monde sportif et de la santé, représentants du secteur médico-social, représentants de l'activité physique adaptée, de l'assurance maladie, des collectivités locales, représentants d'usagers, mutuelles, assurances et complémentaires santé ... et tout partenaire intéressé et mobilisé par ce dispositif).

En fonction des contextes et enjeux territoriaux, un comité de pilotage spécifique, co-présidé par l'ARS et la DR-D-JSCS et associant tous les partenaires concernés, pourra utilement être créé.

Il aura pour mission :

- d'assurer la coordination et la synergie des acteurs concernés et en lien avec la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au niveau départemental ;
- de mobiliser les financeurs possibles y compris les moyens mobilisables dans le cadre de la conférence des financeurs ;
- d'être le réceptacle et la diffusion d'échanges de bonnes pratiques ;
- d'assurer la cohérence avec les plans, programmes, et schémas en cours ou à venir (Projet Régional de Santé, Plan Régional Sport Santé Bien Etre, Schéma régional de développement du sport...) ainsi que le programme coordonné de la prévention de la perte d'autonomie établi par la conférence des financeurs ;
- de coordonner les besoins des prescripteurs et des offreurs d'activités physiques et sportives adaptées ;
- de piloter l'évaluation générale du dispositif et d'assurer les synergies avec le monde de la recherche en région ;
- d'être le garant du dispositif « Sport et Santé » régional.

Pour ce faire, il pourra être réalisé, plus précisément :

1. Le recensement de l'offre disponible au niveau de chaque région en matière d'activité physique adaptée aux limitations fonctionnelles des patients. Le recensement opéré devrait permettre aux médecins traitants d'orienter les patients en fonction des compétences d'encadrement présentes, ainsi qu'aux patients de choisir l'activité de leur choix ;

2. La mise à disposition sur les sites internet des ARS et DR-D-JSCS de cette offre ;

3. La mise en place de dispositifs intégrés associant activité physique et santé.

Dans ce cadre, il est recommandé de poursuivre et d'intensifier l'utilisation des contrats locaux et/ou territoriaux de santé et d'y inscrire un axe sport-santé, mais également de mobiliser tous les outils à disposition (plateformes territoriales d'appui, réseaux sports et santé, conventions de partenariats (État/collectivités locales), actions innovantes et d'expérimentation, actions individuelles et collectives de prévention du programme coordonné de la conférence des financeurs).

4. Le soutien des projets concourant à la mise en œuvre du dispositif d'activité physique adaptée pour les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Le décret pris en application de l'article 144 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé doit favoriser le recours à la pratique d'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse. Une montée en puissance d'une telle offre de prise en charge des patients est à encourager.

Vous voudrez bien procéder à une large diffusion du guide ci annexé à tous vos partenaires concernés notamment aux professionnels de santé par l'intermédiaire des Unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Il vous est demandé de dresser un premier bilan du dispositif mis en place pour la fin de l'année 2017. Des éléments complémentaires vous seront transmis ultérieurement afin de vous aider dans l'élaboration de ce premier bilan et prendront en compte la nécessaire progressivité de mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Celui-ci constituera la première base d'un dispositif d'évaluation d'ensemble.

Mes services se tiennent à votre disposition pour tout complément ou échange d'information que vous souhaiteriez obtenir.

Pour la ministre et par délégation :

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

Le directeur général de la santé,
B. VALLET

*La directrice générale de l'enseignement
supérieur et de l'insertion professionnelle,*
S. BONNAFOUS

La directrice des sports,
L. LEFÈVRE

ANNEXE

GUIDE PERMETTANT LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF CONCERNANT LA DISPENSATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE

Le présent guide a pour vocation d'explicitier les dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique et de favoriser la mise en place de systèmes intégrés permettant le développement de l'activité physique adaptée à l'état clinique et aux capacités physiques au sens des capacités fonctionnelles (c'est-à-dire locomotrices, sensorielles et cognitives) de patients en affection de longue durée.

Il convient tout d'abord de rappeler les dispositions législatives et réglementaires dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} mars 2017.

1. Qu'est-ce que l'activité physique adaptée à l'état clinique de patients ?

En application de l'article L. 1172-1 du CSP, il s'agit d'une activité physique qui prend en compte la sévérité de la pathologie, les capacités fonctionnelles et le risque médical du patient.

L'article D. 1172-1 du CSP introduit par le décret du 30 décembre 2016 précité dispose que cette activité physique, adaptée à l'état clinique du patient, consiste en la pratique dans un contexte d'activité du quotidien, de loisir, de sport ou d'exercices programmés, des mouvements corporels produits par les muscles squelettiques, basée sur les aptitudes et les motivations des personnes ayant des besoins spécifiques qui les empêchent de pratiquer dans des conditions ordinaires. La dispensation d'une activité physique supervisée a pour but, à terme, de permettre à une personne d'adopter un mode de vie physiquement actif sur une base régulière, afin de réduire les facteurs de risque et les limitations fonctionnelles liés à l'affection de longue durée dont elle est atteinte. Les techniques mobilisées relèvent d'activités physiques (pouvant inclure des activités sportives), et se distinguent des actes de rééducation qui sont réservés aux professionnels de santé, dans le respect de leurs compétences.

2. Qui peut prescrire une activité physique, quelles en sont les indications et quelles sont les modalités de suivi de l'activité physique ?

Aux termes de l'article L. 1172-1 du CSP, c'est le médecin traitant qui prescrit une activité physique dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée. Il s'agit du médecin traitant au sens des articles L. 324-1 et L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale pour les personnes reconnues en affection de longue durée au bénéfice desquelles est établi un protocole de soins. Il faut entendre le parcours de soins comme étant un parcours coordonné des soins (soins ambulatoires, soins hospitaliers, recours à des professionnels de santé, etc.). Le médecin traitant déclaré à la sécurité sociale par le patient oriente ce dernier dans le parcours de soins. Il peut lui recommander la pratique d'une activité physique adaptée à sa pathologie.

Le dernier alinéa de l'article D. 1172-2 du code de la santé publique prévoit que le médecin traitant doit utiliser un formulaire spécifique. Ce modèle est joint en annexe 1. Ce formulaire peut être téléchargé sur le site du ministère chargé de la santé et des ARS. Il peut également être téléchargé sur le site des DR-D-JSCS ainsi que sur celui du pôle ressources « sport, santé, bien-être ».

Il est à noter que ni la prescription ni la dispensation d'une activité physique ne font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

La pratique d'une activité sportive, toujours adaptée aux limites fonctionnelles des patients, peut nécessiter la présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport lorsqu'elle nécessite que le pratiquant soit titulaire d'une licence délivrée par une fédération sportive. Le certificat médical est alors délivré dans les conditions prévues par les articles L. 231-1 à L. 231-2-3 et D. 231-1-1 à D. 231-1-5 du code du sport.

Conformément à l'article D. 231-1-1, le certificat médical qui permet d'établir l'absence de contre-indication à la pratique du sport mentionne, s'il y a lieu, la ou les disciplines dont la pratique est contre-indiquée. Il peut, à la demande du licencié, ne porter que sur une discipline ou un ensemble de disciplines connexes.

Selon l'article D. 1172-4 du code de la santé publique : « La prise en charge du patient est personnalisée et progressive en termes de forme, d'intensité et de durée de l'exercice. »

En application de l'article D. 1172-5 du code de la santé publique, l'intervenant doit transmettre « périodiquement » un compte rendu du déroulement de l'activité au médecin traitant, avec l'accord du patient, qui doit recevoir copie de ce compte rendu. L'intervenant « peut formuler des propo-

sitions quant à la poursuite de l'activité et aux risques inhérents de celle-ci ». Le médecin traitant peut, de son côté, adresser le patient vers d'autres professionnels et intervenants, conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article D. 1172-3 du code de la santé publique.

3. Quels sont les professionnels pouvant dispenser sur prescription médicale une activité physique, adaptée à l'état clinique des patients ?

L'article D. 1172-2 du code de la santé publique énumère les intervenants pouvant dispenser cette activité.

Il s'agit :

1° Des professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4321-1, L. 4331-1 et L. 4332-1, à savoir les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes et psychomotriciens (dans le respect de leurs compétences respectives) ; les masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'annexe II-1 de l'article A. 212-1 du code du sport, sont autorisés à encadrer la pratique de la gymnastique d'entretien ou préventive dans les établissements d'activités physique et sportive et peuvent, dans les conditions précitées, exercer la fonction d'éducateur sportif.

2° Des professionnels titulaires d'un diplôme dans le domaine de l'activité physique adaptée (APA) délivré selon les règles fixées à l'article L. 613-1 du code de l'éducation, à savoir les professionnels issus de la filière universitaire STAPS « activité physique adaptée et santé », autrement dit les enseignants en activité physique adaptée (titulaires d'une licence mention STAPS, parcours-type APAS ou d'un master mention STAPS APAS).

3° Des professionnels et personnes qualifiées suivants, disposant des prérogatives pour dispenser une activité physique aux patients atteints d'une affection de longue durée :

- « – les titulaires d'un diplôme figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles, ainsi que les fonctionnaires et les militaires mentionnés à l'article L. 212-3 du code du sport ;
- « – les professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualifications figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles qui sont énumérés dans une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé ; ».

Il s'agit des éducateurs sportifs, des fonctionnaires et des militaires figurant à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Il s'agit également des professionnels et personnes qualifiées titulaires d'un titre à finalité professionnelle (TFP) ou d'un certificat de qualification professionnelle (CQP), attestant de l'acquisition des compétences requises et figurant également sur la liste mentionnée à l'article R. 212-2 du code du sport ou enregistrés au répertoire national des certifications professionnelles. Les TFP et les CQP figurent sur une liste d'aptitude fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports, de l'enseignement supérieur et de la santé.

4° Des personnes qualifiées titulaires d'une certification, délivrée par une fédération sportive agréée, répondant aux compétences précisées dans l'annexe 11-7-1 du décret du 30 décembre 2016 précité et garantissant la capacité de l'intervenant à assurer la sécurité des patients dans la pratique de l'activité. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés des sports et de la santé, sur proposition du Comité national olympique et sportif français.

Il s'agit des personnes qualifiées titulaires d'une certification délivrée par une fédération sportive agréée, garantissant les compétences permettant à l'intervenant d'assurer la pratique d'activité physique. La liste de ces certifications est fixée par arrêté conjoint des ministères chargés des sports et de la santé.

S'agissant de la mise en œuvre opérationnelle de la prise en charge par l'activité physique des patients en ALD, et conformément aux recommandations du rapport du Pr Bigard, il vous est demandé d'encourager la mise en place de collaborations entre les différents acteurs locaux intervenant auprès des patients (professionnels de santé, enseignants en APA, éducateurs sportifs) dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

4. Quels sont les patients auxquels peut être prescrite et dispensée une activité physique ?

Les dispositions de l'article 144 (article L. 1172-1 du CSP) et du décret n° 2016-1990 du 30 décembre 2016 précité concernent les patients en affection de longue durée.

Le décret précité fait une distinction importante entre la dispensation de l'activité physique, adaptée à l'état clinique pour les patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères et la dispensation pour les patients souffrant de limitations fonctionnelles moins sévères. En effet, les patients atteints d'affections de longue durée peuvent être considérés en fonction de leur état clinique et leur profil fonctionnel. Les affections de longue durée (ALD) peuvent se présenter avec différents niveaux de gravité, d'atteinte organique, de potentiel d'évolutivité qui retentissent sur leur autonomie.

Le rapport du Pr X. Bigard recense 4 principaux phénotypes fonctionnels reposant sur différents niveaux d'altération des fonctions locomotrices, cérébrales et sensorielles, ainsi qu'en fonction de la perception de la douleur. Ces phénotypes sont envisagés selon 4 niveaux d'altérations : sévère, modérée, minime et sans limitation (extrait : rapport du Pr X. Bigard - annexe 2). La détermination du profil fonctionnel revient au médecin traitant qui, pour ce faire, conformément aux règles de bonne pratique médicale, peut s'appuyer sur les critères reportés en annexe 2. Le fait d'inclure initialement un patient dans un phénotype particulier n'est pas définitif. L'évolution de l'état clinique du patient retentira sur ses grandes fonctions, sur son niveau d'autonomie, ce qui impliquera une évolution de son phénotype fonctionnel dans le sens d'une amélioration ou d'une aggravation. Il est important, pour le médecin traitant, de suivre régulièrement l'évolution du phénotype fonctionnel des patients par un processus d'évaluation des fonctions locomotrices, cognitives et sensorielles qui peut prendre appui sur un bilan établi par les professionnels dispensant l'activité physique. Des exemples de bilans établis par des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes et des psychomotriciens seront fournis à titre d'exemple ultérieurement et mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé.

4.1. La prescription et la dispensation de l'activité physique aux patients en ALD atteints de limitations fonctionnelles sévères

L'article D. 1172-3 du code de la santé publique précise que « Pour les patients présentant des limitations fonctionnelles sévères telles que qualifiées par le médecin prescripteur en référence à l'annexe 11-7-2, seuls les professionnels de santé mentionnés au 1^o de l'article D. 1172-2 (c'est-à-dire les masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes ou psychomotriciens) sont habilités à leur dispenser des actes de rééducation ou une activité physique, adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical.

« Lorsque les patients ont atteint une autonomie suffisante et présentent une atténuation des altérations mentionnées dans l'annexe 11-7-2 relative aux limitations fonctionnelles sévères, les professionnels mentionnés au 2^o de l'article D. 1172-2 (c'est-à-dire les enseignants en activité physique adaptée) interviennent en complémentarité des professionnels de santé mentionnés au premier alinéa, dans le cadre de la prescription médicale s'appuyant sur le bilan fonctionnel établi par ces derniers. »

Pour la qualification des limitations fonctionnelles sévères, il convient de se référer à l'annexe 11-7-2 *infra* qui est issue des recommandations du rapport du Pr X. Bigard (cf. annexe 2 - dernière colonne correspondant aux limitations sévères).

L'appréciation de ces limitations ou de leur atténuation revient toujours au médecin traitant qui est responsable de l'orientation du patient vers tel ou tel professionnel ; pour ce faire, il peut s'appuyer sur les critères reportés dans l'annexe 11-7-2. Il peut apprécier que le simple fait de présenter un de ces critères ne suffit pas à considérer le patient comme atteint de limitations sévères. Une limitation sévère peut résulter d'une combinaison de plusieurs de ces critères.

Annexe 11-7-2 : critères d'évaluation des limitations classées comme sévères pour les patients porteurs d'affections de longue durée, au regard d'altérations fonctionnelles, sensorielles, cérébrales et du niveau de douleur ressentie mentionnée à l'article D. 1172-3

1. Fonctions locomotrices

Fonction neuromusculaire : altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien.

Fonction ostéoarticulaire : altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien.

Endurance à l'effort : fatigue invalidante dès le moindre mouvement.

Force : ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires.

Marche : distance parcourue inférieure à 150 m.

2. Fonctions cérébrales
Fonctions cognitives : mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec.
Fonctions langagières : empêche toute compréhension ou expression.
Anxiété/Dépression : présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression.
3. Fonctions sensorielles et douleur
Capacité visuelle : vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familial.
Capacité sensitive : stimulations sensibles non perçues, non localisées.
Capacité auditive : surdité profonde.
Capacités proprioceptives : déséquilibres sans rééquilibrage. Chutes fréquentes lors des activités au quotidien.
Douleur : douleur constante avec ou sans activité.

Si l'on se réfère, au titre des recommandations de bonne pratique médicale, au tableau des interventions des professionnels et autres intervenants (annexe 4) qui a pour objet de fournir un cadre de référence sur l'orientation des patients selon leurs phénotypes (ou profils) fonctionnels, en fonction des différents cœurs de métiers des professionnels et autres intervenants, les masseurs-kinésithérapeutes, conformément à l'article R. 4321-13 du code de la santé publique et à l'article A. 212-1 du code du sport, encadrent la pratique de l'activité physique, les ergothérapeutes et les psychomotriciens peuvent intervenir respectivement sur la base des articles R. 4333-1 et R. 4332-1 du code de la santé publique pour pratiquer des actes de rééducation qui leur sont autorisés et sur la base de l'article D. 1172-3 dudit code pour dispenser l'activité physique. Pour les patients présentant « des limitations fonctionnelles sévères », les professionnels de santé cités au 1° de l'article D. 1172-2 réalisent un bilan fonctionnel permettant d'évaluer isolément ou conjointement les capacités locomotrices, cérébrales et sensorielles. Le cas échéant, ce bilan peut relever d'une évaluation pluridisciplinaire.

4.2. La prescription et dispensation de l'activité physique aux patients en ALD qui ne présentent pas de limitations sévères

Pour ces patients présentant d'autres limitations fonctionnelles que sévères (modérées, minimes ou aucune limitation), le médecin peut prescrire une activité physique et les orienter de préférence vers les professionnels mentionnés dans les recommandations issues du rapport du Pr X. Bigard (cf. : annexe 4) en fonction des compétences et savoir-faire qu'il estime nécessaires. Ces recommandations sont en effet appelées à être reprises par les sociétés savantes.

5. Quelles sont les structures proposant une offre d'activité physique ?

Les ARS et les DR-D-JSCS organiseront sur leur site internet respectif la liste des structures proposant une offre d'activité physique.

Il vous appartiendra d'organiser le cas échéant au niveau régional des comités de pilotage ARS - DR-D-JSCS avec leur différents partenaires afin d'aider à la mise en place du dispositif, de mobiliser les financeurs possibles et de lancer des appels à projets en vous appuyant sur les modèles existants, tels que les contrats locaux de santé.

ANNEXE 2

TABLEAU DES PHÉNOTYPES FONCTIONNELS DES PATIENTS ATTEINTS D'UNE AFFECTION DE LONGUE DURÉE

Tableau des phénotypes fonctionnels

FONCTIONS		AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Fonctions locomotrices	Fonction neuro-musculaire	Normale	Altération minimale de la motricité et du tonus	Altération de la motricité et du tonus lors de mouvements simples	Altération de la motricité et du tonus affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Fonction ostéo-articulaire	Normale	Altération au maximum de 3/5 d'amplitude, sur une ou plusieurs articulations sans altération des mouvements complexes	Altération à plus de 3/5 d'amplitude sur plusieurs articulations avec altération de mouvements simples	Altération d'amplitude sur plusieurs articulations, affectant la gestuelle et l'activité au quotidien
	Endurance à l'effort	Pas ou peu de fatigue	Fatigue rapide après une activité physique intense	Fatigue rapide après une activité physique modérée	Fatigue invalidante dès le moindre mouvement
	Force	Force normale	Baisse de force, mais peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires	Ne peut vaincre la résistance pour un groupe musculaire	Ne peut vaincre la résistance pour plusieurs groupes musculaires
	Marche	Distance théorique normale couverte en 6 mn = $218 + (5,14 \times \text{taille en cm}) - (5,32 \times \text{âge en années}) - (1,80 \times \text{poids en kg}) + (51,31 \times \text{sexe})$, avec : sexe = 0 pour les femmes, sexe = 1 pour les hommes.	Valeurs comprises entre la distance théorique et la limite inférieure de la normale (82 % de la distance théorique)	Valeurs inférieures à la limite inférieure de la normale	Distance parcourue inférieure à 150 m.

FONCTIONS		AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Fonctions cérébrales	Fonctions cognitives	Bonne stratégie, vitesse normale, bon résultat	Bonne stratégie, lenteur, adaptation possible, bon résultat	Mauvaise stratégie de base, adaptation, résultat satisfaisant ou inversement bonne stratégie de base qui n'aboutit pas	Mauvaise stratégie pour un mauvais résultat, échec
	Fonctions langagières	Aucune altération de la compréhension ou de l'expression	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en groupe	Altération de la compréhension ou de l'expression lors d'activités en individuel	Empêche toute compréhension ou expression
	Anxiété/Dépression	Ne présente aucun critère d'anxiété et/ou de dépression	Arrive à gérer les manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Se laisse déborder par certaines manifestations d'anxiété et/ou de dépression	Présente des manifestations sévères d'anxiété et/ou de dépression
Fonctions sensorielles + douleur	Capacité visuelle	Vision des petits détails à proche ou longue distance	Vision perturbant la lecture et l'écriture mais circulation dans l'environnement non perturbée	Vision ne permettant pas la lecture et l'écriture / circulation possible dans un environnement non familier	Vision ne permettant pas la lecture ni l'écriture. Circulation seul impossible dans un environnement non familier
	Capacité sensitive	Stimulations sensibles perçues et localisées	Stimulations sensibles perçues mais mal localisées	Stimulations sensibles perçues mais non localisées	Stimulations sensibles non perçues, non localisées.
	Capacité auditive	Pas de perte auditive	La personne fait répéter	Surdité moyenne. La personne comprend si l'interlocuteur élève la voix	Surdité profonde
	Capacités proprioceptives	Équilibre respecté	Déséquilibre avec rééquilibrages rapides	Déséquilibres mal compensés avec rééquilibrages difficiles	Déséquilibres sans rééquilibrage Chutes fréquentes lors des activités au quotidien
	Douleur	Absence de douleur en dehors d'activités physiques intenses	Douleur à l'activité physique/ Indolence à l'arrêt de l'activité	Douleur à l'activité physique et qui se poursuit à distance de l'activité	Douleur constante avec ou sans activité

ANNEXE 3

TABLEAU DES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES AUX PROFESSIONNELS ET PERSONNES HABILITÉES À DISPENSER L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ADAPTÉE PRESCRITE PAR LE MÉDECIN TRAITANT AUX PATIENTS ATTEINTS D'AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Tableau des compétences

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
-1 - Assurer l'éducation pour la santé et/ou participer à une éducation thérapeutique.	Être capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Être capable d'encourager l'adoption de comportements favorables à la santé.	Être capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.	Être capable de participer à l'accompagnement de l'éducation thérapeutique d'un patient.
-2 - Savoir réaliser l'évaluation initiale de la situation du patient, en incluant l'identification de freins, leviers et de facteurs motivationnels.	Mettre en œuvre des évaluations fonctionnelles propres à la pratique physique envisagée. Évaluation des freins, ressources individuelles et capacités de la personne à s'engager dans une pratique autonome, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Être capable, le cas échéant, d'adapter les évaluations fonctionnelles à la situation de la personne. Évaluation des freins, ressources individuelles et capacités de la personne à s'engager dans une pratique adaptée aux limitations, par des entretiens et questionnaires spécifiques simples et validés.	Être capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Évaluation des freins, ressources individuelles et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.	Être capable d'utiliser des tests d'évaluation spécifiques, adaptés aux limitations fonctionnelles. Évaluation des freins, ressources individuelles et aptitudes à entrer dans la pratique d'une activité physique adaptée (compte tenu des limitations), par la conduite d'entretiens motivationnels et semi-directifs et validés.
-3 - Être capable de concevoir, co-construire et planifier un programme d'activité physique individualisé et pertinent qui soit adapté à l'état de santé de la personne.	Savoir opérer des adaptations simples sur les activités physiques, dans un objectif de tolérance et d'autonomie dans la pratique.	Être capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.	Être capable d'identifier les modalités de pratique et leurs adaptations pédagogiques les plus appropriées à l'état des personnes et aux objectifs définis dans l'évaluation initiale. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.	Être capable de fixer des objectifs cohérents en termes d'amélioration de l'état de santé et d'ajuster le programme d'activité physique en fonction des réponses du patient. Maîtriser les connaissances des interactions entre pathologie chronique et réponses à l'exercice.

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
<p>- 4 - Savoir mettre en œuvre un programme (conduite du programme, évaluation de la pratique, détection des signes d'intolérance et retour vers le prescripteur, savoir individualiser la pratique).</p>	<p>Être capable : - d'animer une séance d'activité physique et sportive (APS) ; - de repérer toute altération de la tolérance des séances ; - d'évaluer les progrès au sein de la pratique ; - d'entretenir la motivation des pratiquants.</p>	<p>Savoir transformer les APS pour les enseigner (mise en œuvre des apprentissages moteurs et développement des aptitudes), en tenant compte des contraintes associées aux activités physiques minimales. Savoir évaluer les séances pédagogiques au moyen d'outils adaptés aux déficits des patients (adhésion, motivation, progrès) et leur tolérance.</p>	<p>Être capable d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à assurer d'une balance bénéfice-risque favorable. Maîtriser les méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés (approche ciblée et personnalisée).</p>	<p>Être capable : - d'enseigner des activités physiques adaptées nécessitant une réorganisation de la pratique de façon à assurer d'une balance bénéfice-risque favorable ; - de concevoir des adaptations permanentes et évolutives des AP adaptées, voire de construire de nouvelles modalités de pratiques compatibles avec des limitations fonctionnelles sévères ; - d'utiliser des méthodes d'évaluation des capacités et ajuster les contenus enseignés en fonction des objectifs d'amélioration de la santé recherchés.</p>
<p>- 5 - Savoir évaluer à moyen terme un programme (disposer des capacités à dialoguer entre les acteurs, évaluer les bénéfices attendus du programme, retour vers le patient et les autres professionnels).</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan simple et pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un bilan pertinent pour les prescripteurs et les patients ; - de le communiquer aux patients et à tous les acteurs du parcours de soins ; - d'identifier les déterminants des succès et des échecs pour la personne.</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>
<p>- 6 - Savoir réagir face à un accident au cours de la pratique.</p>	<p>Être capable : - de sécuriser la zone de l'accident ; - de collecter et transmettre les renseignements importants sur la situation, l'état du blessé aux services de secours ; - d'agir face à un blessé qui présente une hémorragie externe, une perte de connaissance, un arrêt cardiaque, un traumatisme d'un membre dans le cadre d'une activité sportive, en évitant l'aggravation de l'état du blessé.</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>	<p>Être capable : - d'établir un premier bilan de l'état de santé du blessé (fonctions vitales, bilan locomoteur) ; - de transmettre une alerte aux services de secours ; - d'éviter l'aggravation de l'état de santé du blessé (prise en charge des hémorragies, pertes de connaissance, arrêt cardiaque, hypoglycémie, etc.).</p>

LIMITATIONS COMPÉTENCES	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
<p>- 7 - Connaître les caractéristiques très générales des principales pathologies chroniques.</p>	<p>Connaissances très générales sur la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité.</p>	<p>Connaissances très générales sur : - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients.</p>	<p>Connaissances très générales sur : - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients ; - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients ; - les effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>	<p>Connaissances très générales sur : - la présentation clinique des principales pathologies chroniques et états de fragilité ; - les effets sur les capacités physiques de quelques classes de médicaments couramment prescrits chez ces patients ; - les adaptations spécifiques à l'exercice aigu des patients ; - effets attendus de l'activité physique sur des limitations fonctionnelles spécifiques.</p>

ANNEXE 4

TABLEAU DES INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS ET AUTRES INTERVENANTS

Domaines d'intervention préférentiels des différents métiers

MÉTIERS	LIMITATIONS	AUCUNE LIMITATION	LIMITATION MINIME	LIMITATION MODÉRÉE	LIMITATION SÉVÈRE
Masseurs kinésithérapeutes		+/-	+	++	+++
Ergothérapeutes et psychomotriciens (dans leur champ de compétences respectif)		(Si besoin déterminé)	(Si besoin déterminé)	++	+++
Enseignants en APA		+/-	++	+++	++
Éducateurs sportifs		+++	+++	+	Non concernés
Titulaires d'un titre à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification professionnelle inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+ ¹	Non concernés
Titulaires d'un diplôme fédéral inscrit sur l'arrêté interministériel		+++	++	+ ¹	Non concernés

¹ Concernés à la condition d'intervenir dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire.

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

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 systèmes d'informations des acteurs
de l'offre de soins

Instruction n° DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions

NOR : AFSH1712343J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 14 avril 2017. – Visa CNP 2017-54.

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 projets est lancé auprès des ARS afin de déployer les services numériques d'appui à la coordination au sein de leur région sur la période 2017-2021. Dans le cadre du volet numérique du programme « Territoires de soins 2021 », le volet « e-Parcours » a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de services numériques d'appui à la coordination (SNAC) au service des organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination (PTA, PAERPA, etc.). Il capitalise sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN).

Pour accompagner la mise en œuvre des SNAC, les ARS définiront au préalable une stratégie de déploiement régionale de ces services numériques en concertation avec les acteurs de la coordination. Les ARS sélectionneront ensuite des territoires pilotes pour la mise en œuvre de ces services avant d'engager une généralisation sur tous les territoires de sa région en cohérence avec la mise en œuvre de structures polyvalentes de la coordination.

Mots clés : services numériques d'appui à la coordination – territoire de soins numérique – structure de coordination polyvalente – plateforme territoriale d'appui.

Références :

Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes ;

Instruction n° SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé ;

Système d'information territorial pour le parcours et la coordination – Tome 1 : schéma général, ANAP, novembre 2016, et tome 2 : programme fonctionnel type, avril 2017 ;

Mener un achat de solutions numériques complexes en santé – Tome 1 : retour d'expériences, ANAP, octobre 2016 ;

Guide de référence technique du programme TSN V1.2, ASIP Santé, octobre 2016.

Annexes :

Annexe 1. – Cadre de réponse de l'appel à projets déploiement des SNAC.

Annexe 2. – Services numériques d'appui à la coordination des parcours.

Annexe 3. – Indicateurs d'usages des services numériques d'appui à la coordination des parcours.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

1. Contexte et objectifs de l'appel à projets

Dans le cadre du volet numérique du programme Territoires de soins 2021, Madame la ministre a annoncé le lancement du programme « e-Parcours » le 15 mars 2017. Il a pour objet sur la période 2017-2021 d'accompagner la mise en œuvre de services numériques territoriaux au service des organisations sanitaires, médico-sociales, sociales coordonnées au travers des dispositifs d'appui à la coordination polyvalente des parcours (PTA, PAERPA etc.). Il capitalise sur le programme « Territoire de soins numérique » (TSN) et accompagne le déploiement progressif de services numériques d'appui à la coordination usuelle et complexe (SNACs) en cohérence avec les politiques régionales des ARS.

Le programme TSN a bénéficié de 80 M€ dans le cadre du programme d'investissement d'avenir (PIA) sur la période 2014-2017. Il a permis de faire émerger dans 5 territoires pilotes, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'offre de soins et avec l'appui des industriels, des solutions organisationnelles et technologiques innovantes de prise en charge de parcours, au bénéfice des professionnels et des patients. Il a constitué un laboratoire d'expérimentation de la mesure « PTA », art. 74 de la loi de modernisation.

Ce programme entre dans sa dernière année de réalisation et les expériences menées dans les 5 régions peuvent être dorénavant généralisées à l'ensemble du territoire. L'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance) a accompagné durant ces 3 années les projets TSN et a effectué un travail de capitalisation sur différentes thématiques dont les livrables sont accessibles par l'ensemble des régions.

2. Dispositifs et modalités

a) Un accompagnement sur 5 ans au développement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC)

Un financement pluriannuel de 150 M€, dont 20 M€ sont prévus en 2017 dans le FIR, est proposé pour accompagner :

- en premier lieu, les ARS à définir et mettre en œuvre la stratégie régionale des services numériques de la coordination qu'elles auront construite avec l'ensemble des acteurs participant au parcours du patient et de l'utilisateur ;
- en second lieu, les ARS pour le déploiement progressif de ces services numériques auprès des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux participant à la coordination des parcours, sur l'ensemble du territoire, notamment (mais pas uniquement) pour accompagner les missions d'appui à la coordination telles que définies par le décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Pour la première partie, il est prévu un montant forfaitaire de 150 k€ pour chaque ARS (hors les ARS qui ont participé au programme TSN) afin de les accompagner dans la conception d'une stratégie régionale des services numériques de la coordination.

Pour la seconde partie, il est prévu un financement forfaitaire par dispositif de coordination, pour accompagner les investissements initiaux liés au déploiement des services numériques d'appui à la coordination mutualisés au niveau régional :

- acquisition de logiciels ;
- gestion de projets ;
- interopérabilité des services numériques et leurs intégrations dans les outils informatiques des professionnels du territoire ;
- ressources pour le déploiement, y compris les « chargés d'accompagnement territorial » qui accompagnent la mise en œuvre des services numériques et présentent les services offerts par les dispositifs d'appui à la coordination (PTA, CTA...) ;
- conduite du changement.

b) Un accompagnement adapté en fonction des besoins des régions

Pour tenir compte des différents niveaux de maturité des régions, selon qu'elles participent déjà aux projets TSN, qu'elles ont déjà commencé à développer des services numériques en appui à la coordination ou qu'elles n'ont pas encore défini de stratégie régionale, trois grands types d'accompagnements sont proposés en 2017 :

- un accompagnement à la conception d'une stratégie régionale de mise en œuvre des services numériques de coordination (à hauteur de 150 k€) ;
- un accompagnement à la mise en œuvre de cette stratégie sur un ou deux dispositifs pilotes (1 M€/territoire dont 60 % à l'amorçage et 40 % à l'usage) ;
- un accompagnement au déploiement, au-delà des dispositifs pilotes (1 M€/territoire, dont 60 % à l'amorçage et 40 % à l'usage).

	ACCOMPAGNEMENT à la conception	ACCOMPAGNEMENT de dispositifs pilotes	ACCOMPAGNEMENT au déploiement
ARS TSN : poursuite de la dynamique engagée depuis 3 ans en accompagnant le déploiement à d'autres structures de type PTA sur l'ensemble de la région des services numériques déjà mis en place.	Non éligible	Non éligible	Oui (dès 2017)
ARS « non TSN » mais ayant mis en place des services numériques partiellement au sein de sa région sur des structures de coordination : accompagnement d'une part à la formalisation de la stratégie de développement et de déploiement des services numériques et d'autre part accompagnement du déploiement sur des structures pilotes sur la région.	Oui (2017)	Oui (2017)	Oui (dès 2018)
ARS « non TSN » et n'ayant pas encore engagé de réflexion sur la stratégie des SI de coordination et n'ayant que des déploiements partiels de structures de coordination : accompagnement à la formalisation de la stratégie de développement et de déploiement des services numériques.	Oui (2017)	Oui (dès 2018)	Oui (dès 2019)

Le financement forfaitaire d'1 M€ est dédié au déploiement des services numériques pour un territoire d'au moins 300 000 habitants environ comprenant une structure de coordination polyvalente de type PTA en fonctionnement ou sur le point de démarrer.

Dans le cas où des dispositifs de coordination couvriraient des territoires dépassant cette maille populationnelle le financement serait calculé proportionnellement à la taille populationnelle du territoire couvert à hauteur de 0,8 M€/300 000 habitants afin de tenir compte des effets de mutualisation des investissements.

Dans le cas où des dispositifs de coordination couvriraient des territoires dont la maille populationnelle serait inférieure à 300 000 habitants, l'ARS motivera sa demande en regard de la densité de population du territoire et des moyens engagés. Le montant de l'accompagnement sera proportionnel à la population du territoire.

c) Une sélection des projets par les ARS

Les ARS sélectionnent les projets qui leur sont présentés par les PTA ou autres structures de coordination au sein de leur région.

Les critères d'éligibilité des territoires présentés par l'ARS sont les suivants :

- sur le volet constitution, organisation, fonctionnement et objectifs du dispositif de coordination :
 - le dispositif doit être polyvalent et prendre en compte les situations complexes à l'échelle du territoire quelles que soient les pathologies et populations ;
 - le dispositif doit fédérer un ensemble d'acteurs autour d'un projet de territoire afin de faire émerger au sein de celui-ci des fonctionnements collectifs/coordonnés (allant au-delà des structures) soutenus par les outils et technologies numériques ;
 - le dispositif doit être porté par un ensemble d'acteurs représentatifs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire concerné comprenant obligatoirement les professionnels libéraux (dont URPS), les établissements sanitaires et médico-sociaux, les struc-

tures d'appui (MAIA et services de gestion de cas, CLIC, réseaux...). Si la convention avec l'ARS n'est pas encore établie, le projet doit être matérialisé par une lettre d'intention signée par l'ensemble des acteurs ;

- le dispositif doit se construire en s'appuyant sur les ressources existantes dans le territoire, notamment celles des réseaux de coordination, CLIC et MAIA, et tout autre dispositif présent sur le territoire dans une logique de regroupement et d'intégration des fonctions d'appui sur un territoire ;
- sur le volet numérique :
 - le dispositif doit utiliser les services numériques mis en place par l'ARS dans le cadre de sa stratégie régionale afin d'assurer le partage et l'échange entre l'ensemble des professionnels participant au parcours des patients, les informations relatives à une situation complexe. Il s'appuiera en outre sur un annuaire des structures et dispositifs du territoire qui intègre le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
 - le projet doit intégrer un projet numérique en lien avec les orientations e-santé régionales définies par les ARS. Ce plan projet indiquant les différentes étapes de mises en œuvre des services numériques (voir annexe 2) socles et prioritaires :
 - services socles ;
 - services essentiels de gestion du parcours et de la coordination ;
 - le projet doit s'appuyer sur les référentiels nationaux quand ils ont été définis, notamment le cadre juridique de l'échange et du partage de l'information personnelle de santé (art. 96 de la LMSS), le référentiel d'urbanisation et d'interopérabilité et la PGSSI-S ;
 - le dispositif et ses acteurs doivent s'engager à l'atteinte des cibles d'usages des services numériques mis en œuvre.

Les ARS soumettront les projets à la DGOS (dgos-pf5@sante.gouv.fr) à l'aide du cadre de réponse prévu à l'annexe 1.

d) Un suivi et une coordination nationale assurée par le DGOS

Le bureau PF5 de la DGOS assurera le suivi de l'avancement du déploiement au niveau national. Il coordonnera l'intervention des différents acteurs nationaux sur le sujet notamment l'action de l'ANAP et de l'ASIP.

3. Les modalités de financemen

Les projets finançables pourront être proposés jusqu'à fin 2019 par les ARS. Il y a ainsi plusieurs « fenêtres » de dépôts de candidatures avant les circulaires budgétaires, permettant aux ARS et aux porteurs de projets de construire leurs projets sur les deux années qui viennent et ainsi de financer des projets sur l'ensemble de la région.

En 2017, ces crédits sont délégués aux ARS sous forme de FIR. Elles peuvent sélectionner un opérateur régional en capacité de les accompagner sur ce type de projet (comme les GCS e-santé régional, amenés à devenir des GIP).

a) Un financement à l'usage des services numériques d'appui à la coordination

Le dispositif de financement « à l'usage significatif » des services numériques valorise par construction les projets aboutis et opérationnels. Ce dispositif sécurise la conception et le déploiement de véritables plans de soins territoriaux numériques et partagés intégrant également les secteurs médico-social et social. L'objectif est ainsi de valoriser l'usage des services numériques et de laisser une marge de manœuvre aux acteurs locaux dans leur priorisation et les moyens qu'ils souhaitent mettre en œuvre, tout en renforçant l'obligation de résultats.

Il est donc proposé un mécanisme de financement à l'usage en deux phases :

- un financement en amorçage pour lancer les travaux de conception (sur la base d'un cahier des charges national fixant des objectifs en termes d'organisation, de services, de résultats...) (environ 60 % du financement total) ;
- un financement complémentaire à l'atteinte de cibles d'usage (définies dans l'annexe 3) (40 % du financement total) qui peut être délégué à année $N + 1$, ou $N + 2$ (au maximum 2 ans de durée de projet). Un mécanisme simple est l'atteinte de l'ensemble des indicateurs d'usages pour le déclenchement du versement. Les indicateurs d'usages des SI sont proposés, issus des travaux des ARS TSN sous le pilotage de l'ANAP. Ce travail pourra être complété par les résultats du programme de recherche sur le programme TSN actuellement en cours, qui a notamment comme objectif de définir des indicateurs d'usage des outils numériques mais également d'évaluer l'impact de ces services sur la qualité des soins et des parcours.

b) Calendrier proposé

Les ARS peuvent proposer des projets associant dispositifs de coordination polyvalent et territoires à la DGOS jusqu'au 31 décembre 2019. Les cibles d'usages doivent être atteintes au plus tard le 31 décembre 2021.

4. Modalités de suivi d'avancement du projet

Chaque ARS retenue rendra notamment compte de l'avancement de ses différents projets *via* :

- la transmission trimestrielle d'un « rapport flash » synthétique dont le format sera défini et fourni par le ministère de la santé (et qui couvrira les dimensions suivantes : actions réalisées sur la période passée, actions à mener sur la période à venir ; suivi des risques projet ; suivi des indicateurs d'évaluation du projet ; suivi financier du projet) ;
- la transmission trimestrielle des indicateurs d'usage des services numériques d'appui à la coordination tels que définis dans l'annexe 3 ;
- la transmission des supports de présentation et comptes rendus produits dans le cadre des réunions de l'instance de pilotage du projet (« comité projet ») ;
- la participation présenteielle ou téléphonique à une réunion *a minima* mensuelle avec le comité opérationnel du programme (point d'avancement, questions/réponses, gestion des risques...) dont la périodicité, à définir, peut évoluer dans le temps.

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe au directeur général de l'offre de soins,
chargée des fonctions de directrice générale
de l'offre de soins par intérim,
K. JULIENNE*

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

ANNEXE 1

CADRE DE RÉPONSE DE L'APPEL À PROJETS DÉPLOIEMENT DES SNAC

Les dossiers projets présentés par les ARS en réponse au présent appel à projets doivent obligatoirement respecter le canevas de réponse ci-après.

Il est rappelé que l'ensemble des éléments présentés par les ARS dans leurs dossiers projets constituent autant d'engagements de leur part en cas de sélection de leur projet et sont à ce titre auditables par l'Administration à tout moment au cours de l'exécution du projet.

TITRE DU PROJET : 2 lignes maximum.

BASSIN DE SANTÉ CONCERNÉ : préciser le bassin de santé sur lequel le projet proposé sera mis en œuvre.

I. – PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DU PROJET

Cette rubrique présente en 2 pages maximum les éléments suivants :

- le contexte général du projet ;
- une description sommaire du projet (précisant le périmètre géographique, le contenu métier et fonctionnel, les technologies et solutions numériques envisagées...)
- les objectifs du projet (objectifs de santé, constats et situations conduisant à retenir ces objectifs et/ou ce bassin...) et les principaux impacts attendus de celui-ci (en matière de prise en charge des patients, d'organisation de l'offre de soins...)
- les acteurs associés au projet ;
- le schéma de gouvernance du projet (rôles, responsabilités...)
- le calendrier synthétique du projet ;
- les principaux éléments financiers du projet ;
- identification du bassin de santé proposé et des principales caractéristiques du projet induit :
 - zone géographique couverte/superficie approximative ;
 - démographie/population globale couverte ;
 - besoins populationnels associés ;
 - populations spécifiques visées ;
 - historique du bassin de santé en matière de démarche de coordination des structures et acteurs impliqués dans le parcours de santé du patient ;
 - caractère dynamique du bassin en matière d'utilisation des outils et des technologies numériques ;
 - état de maturité des SI liés aux processus de soins sur le bassin ;
- identification des structures et acteurs (sanitaires et médico-sociaux) impliqués dans le projet, ainsi que leur représentativité par rapport à l'offre de santé sur le bassin concerné :

#	IDENTIFICATION de la structure/ de l'acteur	NATURE (ES, PS libéral, ESMS...)	RÔLE dans le cadre du projet/ compétences apportées	REPRÉSENTATIVITÉ par rapport à l'offre sur le bassin de santé	NIVEAU d'équipement SI de la structure (et niveau de maturité PHN pour les ES)	AUTRES informations utiles
1	Acteur n° 1					
2	Acteur n° 2					

II. – CONTEXTE GÉNÉRAL ET ENJEUX DU PROJET

Dans cette rubrique, l'ARS présente de manière détaillée :

- le contexte et les enjeux sanitaires, sociaux, organisationnels, économiques, techniques du bassin de santé concerné ;

- le cas échéant, l'articulation du projet avec les autres programmes nationaux, régionaux ou locaux en cours, et dont certains acteurs du projet peuvent également être parties prenantes (programme de développements de SI de Santé : PACS, ROR, déploiement du DMP, Télémedecine...);
- les gains attendus en matière de prise en charge des patients et usagers, d'organisation de l'offre de santé sur le territoire, de services rendus aux professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux prenant en charge toute personne, ainsi que le niveau de retour financier attendu (économies potentielles pour le système de santé...).

III. – OBJECTIFS DU PROJET

Cette rubrique détaille les objectifs spécifiques du projet, en cohérence avec les attendus du programme et les enjeux susvisés détaillés ci-dessus par l'ARS.

Le projet doit répondre à des objectifs précis et mesurables (au moyen d'indicateurs, de réalisations concrètes...) :

Objectif n° 1 :

- Indicateur (valeur actuelle et valeur cible) ou réalisation attendue.

Objectif n° 2 :

- Indicateur (valeur actuelle et valeur cible) ou réalisation attendue.

Objectif n° 3 :

- Indicateur (valeur actuelle et valeur cible) ou réalisation attendue.

IV. – DÉMARCHE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Cette rubrique a pour objectif de décrire la méthodologie envisagée pour la mise en œuvre opérationnelle du projet (calendrier prévisionnel, méthodologie de suivi du projet, de gestion des risques...).

Calendrier prévisionnel

Présenter le calendrier prévisionnel détaillé de déroulement du projet. Ce planning précisera notamment les différentes phases du projet (par exemple : initialisation, pilote, généralisation...), ses jalons/échéances clés ainsi que les livrables associés.

Si possible, préciser également le plan de travail détaillé sous-tendant ce calendrier, en identifiant les tâches à réaliser, les acteurs qui en sont responsables et les livrables associés :

PHASE PROJET	TÂCHES associées	RESPONSABLE	LIVRABLE	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN

Modalités de suivi du projet

Présenter les outils et indicateurs de suivi du projet proposés.

Budget primitif et plan de financemen

Proposer une première version du budget global nécessaire à la réalisation du projet, ainsi que du plan de financement prévisionnel du projet.

ANNEXE 2

SERVICES NUMÉRIQUES D'APPUI À LA COORDINATION DES PARCOURS¹

Services NUMÉRIQUES SOCLES

- Référentiels d'identification des acteurs du parcours : professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux et des structures, annuaires, ROR ;
- Référentiel d'identification des patients/usagers et identito-vigilance ;
- Services de partage (DMP) et d'échange (MSS) ;
- Portail professionnel ;
- Portail patient/usager.

Services DE GESTION DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION

- Repérage, évaluation du patient/usager ;
- Réseau professionnel ;
- Dossier de coordination, PPS dynamique, cahier de liaison ;
- Gestion d'alerte, notification d'événements ;
- Agenda partagé, prise de rdv, pré-admission ;
- Outils d'aide à l'orientation et à la programmation ;
- Dématérialisation circuit du médicament (PEM2D), biologie et imagerie ;
- Pilotage et gestion des ressources d'appui à la coordination de la PTA (ou autres structures de coordination).

Autres Services Complémentaires

- Objets connectés, télésurveillance médicale, domotique;
- Éducation thérapeutique, E-learning, serious game;
- Exploitation de données (analyse des parcours)...

¹ Voir les publications ANAP : système d'information territorial d'un SI de la coordination et programme fonctionnel type.

SERVICES NUMÉRIQUES SOCLES	
Référentiels d'identification des acteurs du parcours : professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux, annuaires, ROR	Référentiel d'identification des professionnels et des structures participant à la prise en charge des patients/usagers dans les parcours coordonnés. Description régionale (voire interrégionale) des structures sanitaires et médico-sociales et sociales, des offres sanitaires et médico-sociales, des activités et services offerts par ces structures, leurs capacités et disponibilités.
Référentiel patient/usager et identito-vigilance	Référentiel régional d'identification des patients/usagers et services numériques pour le partage ou le rapprochement d'identités patients/usagers et pour les processus d'identito-vigilance.
Partage professionnel-patient dossier médical partagé (DMP)	Utilisation du DMP pour partager les informations médicales utiles pour une prise en charge coordonnée en lien avec le patient/usager.
Échange <i>via</i> messagerie sécurisée santé - MSS	Utilisation du service MSS pour les échanges asynchrones de documents cliniques, paracliniques ou sociaux utiles pour la prise en charge coordonnée. Priorisation sur les usages ville-hôpital pour la transmission de la lettre de liaison et des résultats de biologie (laboratoire-médecin).
Portail professionnel	Service d'accès unique et simplifié à un bouquet de services numériques pour les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux participant aux parcours coordonnés.
Portail patient/usager	Service d'accès unique et simplifié à un bouquet de services numériques pour les patients/usagers et leurs aidants.

SERVICES NUMÉRIQUES ESSENTIELS DE GESTION DU PARCOURS ET DE LA COORDINATION	
Repérage, évaluation de la situation du patient	Services numériques destinés à signaler, repérer et qualifier la situation du patient en vue de son éventuelle inscription dans un dispositif de coordination. Les services numériques peuvent être de simples fiches de signalement (type notification), des questionnaires, ou des outils plus élaborés de type échelle de scoring.
Réseau professionnel	Services numériques permettant d'établir la liste des professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux qui constituent l'équipe pluri-professionnelle de prise en charge afin d'échanger au sein de l'équipe ou du réseau professionnel en temps réel ou différé.
Dossier de coordination, plan personnalisé de santé dynamique, cahier de liaison	Services numériques de partage interprofessionnel des données de prise en charge, de soins et d'aide et permettant la gestion d'un plan personnalisé d'aide et de soins dynamique.
Gestion d'alerte, notification d'évènements	Services numériques permettant le signalement d'un événement remarquable, imprévu... et leur notification aux membres de l'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge.
Agendas partagés, prise de rendez-vous, pré-admission	Services numériques de partages d'agenda (notamment la vision consolidée de l'agenda du patient à partir des différents outils des professionnels sur le territoire) et de gestion des rendez-vous dans le cadre du parcours et de la prise en charge (demande, programmation, modification ou annulation). Services numériques destinés à préparer une admission en ES ou en ESMS, ou à programmer une HAD.
Outils d'aide à l'orientation et à la programmation	Services numériques pour la bonne orientation du patient à partir des données du ROR et pour faciliter la programmation d'exames complémentaires, la préparation d'une hospitalisation programmée.
Dématérialisation circuit du médicament, de la biologie et de l'imagerie	Services numériques pour améliorer la relation prescripteur/pharmacien, prescripteur/biologiste et demandeur/radiologue et faciliter le suivi des prescriptions. S'appuie pour le médicament sur le service de la CNAMTS PEM2D.
Pilotage et gestion des ressources d'appui à la coordination et des structures de coordination (type PTA)	Services numériques destinés à faciliter le pilotage de la structure de coordination, notamment par la collecte et l'analyse fine des données d'activité et leur rapprochement avec les ressources mobilisées. Description des ressources de la structure de coordination et de leur utilisation et production des tableaux de bord utiles au pilotage de la structure de coordination.

AUTRES SERVICES NUMÉRIQUES COMPLÉMENTAIRES (ne rentrant pas dans les exigences de l'appel à projet en termes de déploiement)	
Objets connectés, télésurveillance médicale, domotique	Service de collecte (automatisée ou non) de données auprès du patient pour la surveillance de l'état du patient au moyen de dispositifs de type objets connectés, dispositif de télémédecine permettant la télésurveillance médicale. Outils et services destinés à favoriser le maintien à domicile en soutenant l'autonomie de la personne.
Education thérapeutique, e-learning, serious game	Services numériques destinés à suivre la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique auprès d'un ensemble de patients (inscription dans le programme, détermination des objectifs de l'ETP, évaluation initiale, suivi et progression des séances, évaluation finale et résultats, reporting général sur les programmes d'ETP). Service numérique pour la sensibilisation aux facteurs de risques et l'acquisition de nouveaux comportements, en utilisant la forme ludique et virtuelle du jeu sérieux.
Exploitation de données pour la connaissance et l'analyse des parcours	Vision organisationnelle, cheminement clinique ou social du patient. Vision épidémiologie, évaluation du risque, prévalence.

ANNEXE 3

INDICATEURS D'USAGES DES SERVICES NUMÉRIQUES D'APPUI
À LA COORDINATION DES PARCOURS

Chaque indicateur est défini de façon précise, ainsi qu'une cible à atteindre (exprimée par une valeur, un taux, etc.), ces deux éléments constituant la base nécessaire à la définition d'un degré d'usage significatif.

Les bases de calcul des indicateurs font référence à deux types de population :

- les professionnels de santé et médico-sociaux du territoire :
 - PS = nombre de PS inscrits dans le RPPS et ayant un lieu d'exercice dans le ressort du territoire ;
 - professionnels médico-sociaux : fixé arbitrairement à 5 professionnels par établissement ou structure médico-sociale du territoire ;
- les patients susceptibles d'être plus particulièrement concernés par les activités de coordination : personnes âgées de plus de 65, personnes en ALD, personnes en situation de maladie chronique sont estimés à environ 25 % de la population d'un territoire.

La base de calcul population cible de la coordination, correspondant à 25 % de la population d'un territoire, peut être retenue à terme sur la base régionale (mesure du déploiement des SNACs à l'échelle régionale).

SERVICE NUMÉRIQUE	INDICATEUR	VALEUR CIBLE du territoire concerné
Répertoire opérationnel des ressources	Le service numérique ROR (répertoire opérationnel des ressources) est déployé dans la région, et contient une description des ressources du territoire des acteurs du champ sanitaire hospitaliers et soins de ville (établissements de santé publics et privés, cabinets médicaux, maisons et centres de santé), du champ médico-social (établissements et structures médico-sociales PA, PH, autres publics) et du champ social intervenant dans le territoire et dans les parcours coordonnés.	ROR déployé : oui ROR peuplé à 95 % pour le sanitaire, 60 % pour le médico-social et 30 % pour le social. 100 % des dispositifs régionaux d'appui à la coordination doivent être en capacité d'interagir avec le service régional ROR.
Référentiel régional d'identito-vigilance et de gestion des identités patient	L'organisation régionale de l'identito-vigilance est définie et formalisée, sous la responsabilité de l'agence régionale de santé, et contient notamment : <ul style="list-style-type: none"> - la présentation du schéma de gouvernance régionale (stratégique et opérationnelle) en matière d'identito-vigilance, les instances qui le constituent, et le bilan annuel de son programme de travail ; - la liste des structures locales d'identito-vigilance, et les structures, établissements ou professionnels auxquels elles sont rattachées ; - la description relative à la mise en œuvre d'un service numérique pour la gestion de l'identité des personnes et la cohérence des identités patients dans les SI de santé régionaux. 	80 % des établissements de santé publics et privés du territoire doivent être en capacité d'interagir avec le service régional d'IV. 60 % des centres d'imagerie médicale et des laboratoires de biologie médicale doivent être en capacité d'interagir avec le service régional d'IV. Le dispositif d'appui à la coordination doit interagir avec le service régional d'IV.
Dossier médical partagé (DMP)	Le dossier médical partagé doit être déployé sur le territoire. Il doit être créé et alimenté pour les patients qui bénéficient de la coordination territoriale.	Pour les patients ayant fait l'objet d'une sollicitation d'un dispositif d'appui à la coordination, 80 % d'entre eux ont un DMP ouvert.
Messagerie sécurisée de santé (MSS)	Les outils déployés doivent être compatibles avec l'espace de confiance MSSanté	Outils compatibles avec l'espace de confiance MSSanté : oui.
Portail professionnels	L'accès aux services numériques d'appui à la coordination est possible <i>via</i> un portail destiné aux professionnels de santé et médico-sociaux. L'accès au portail se fait préférentiellement au travers de l'outil du professionnel de santé.	Existence d'un portail régional professionnels : oui. Taux de professionnels de santé médicaux d'exercice libéral du territoire ayant réalisé au moins un accès au portail au travers de son outil propre ou directement par mois : 10 %.
Portail patients/usagers et aidants	L'accès aux services numériques d'appui à la coordination destinés aux patients et aux aidants est possible <i>via</i> un portail patients/aidant	Existence d'un portail régional patients : oui.

SERVICE NUMÉRIQUE	INDICATEUR	VALEUR CIBLE du territoire concerné
Dossier (outil) de coordination	Un dossier numérique facilitant la coordination et la gestion du PPS est ouvert pour les patients qui le nécessitent.	Pour les patients ayant fait l'objet d'une sollicitation d'un dispositif d'appui à la coordination, 80 % ont un dossier de coordination et/ou un PPS. 15 % des PS libéraux médecins, pharmaciens, infirmiers ont consulté ou mis à jour un dossier de coordination sur une période d'un mois. 10 % de la population territoriale cible de la coordination dispose d'un dossier de coordination et/ou d'un PPS numérique.
Réseau professionnel	Service numérique facilitant les échanges au sein d'un réseau professionnel (à la manière des outils de type réseaux sociaux) et décrivant la composition de l'équipe pluriprofessionnelle de prise en charge du patient	Nombre de professionnels sanitaires et MS inscrits dans le service numérique réseau professionnel : 10 % des professionnels du territoire. Nombre de patients dont l'équipe de prise en charge, comptant au moins 3 professionnels, est décrite dans le service réseau professionnel : ce nombre est au moins égal à 5 % de la population territoriale cible de la coordination.
Repérage, évaluation	Utilisation d'un service numérique de coordination pour effectuer le repérage ou l'évaluation d'une situation potentiellement complexe.	10 % des PS libéraux médecins, pharmaciens, infirmiers ont utilisé une fonction repérage ou évaluation sur une période d'un mois 15 % de la population territoriale cible de la coordination a fait l'objet d'une fiche repérage ou évaluation
Cahier de liaison, notification d'événements	Un service numérique de type cahier de liaison ou notification d'événements est disponible.	Pour les patients ayant fait l'objet d'une sollicitation d'un dispositif d'appui à la coordination, 80 % ont un cahier de liaison ou de notification d'événements contenant plusieurs notifications. 5 % de la population territoriale cible de la coordination dispose d'un cahier de liaison incluant des événements actifs.
Agenda partagé	Un service numérique d'agenda partagé est disponible	5 % de la population territoriale cible de la coordination dispose d'au moins un rendez-vous dans le service Agenda partagé.
PEM2D	Service numérique de prescription électronique.	Le nombre de prescriptions recueillies avec le service PEM2D est au moins égal à 10 % de la population territoriale cible de la coordination.
Résultats d'examens de biologie médicale	Émission des résultats d'examens de biologie médicale en respectant les référentiels LOINC, CDA-R2, MSS.	25 % des laboratoires privés de biologie médicale mettent en œuvre la fonction d'envoi de résultats pour les patients bénéficiant du dispositif de coordination. 20 % des PS médicaux libéraux du territoire reçoivent des résultats de biologie médicale selon ce procédé pour les patients bénéficiant du dispositif de coordination.
Pilotage et gestion des ressources de la PTA (ou autre structure de coordination)	Un tableau de bord mensuel ou trimestriel traduisant l'activité de coordination et les moyens engagés est mis en place.	Existence d'un tableau de bord mensuel ou trimestriel traduisant l'activité de coordination et les moyens engagés : oui.

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 veille
et de la sécurité sanitaire

Bureau des risques infectieux émergents
et des vigilances (VSS1)

Instruction n° DGS/VSS1/2017/128 du 13 avril 2017 relative à la prévention et à la préparation de la réponse au risque de dissémination d'arboviroses pendant la période d'activité du moustique vecteur *Aedes albopictus* du 1^{er} mai au 30 novembre 2017 dans les départements classés au niveau albopictus 1 du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole

NOR : AFSP1711545J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 14 avril 2017. – Visa CNP 2017-50.

Résumé : dans les départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population, les arrêtés préfectoraux, pris au plus tard le 30 avril 2017 pour les départements de métropole, doivent comporter les noms des services ou organismes publics chargés par les conseils départementaux des missions qui leur sont dévolues.

Afin de préparer la saison 2017 dans un contexte international de circulation d'arboviroses, l'ensemble des moyens de la lutte antivectorielle sont recensés et l'information est remontée au niveau national.

Mots clés : arboviroses – conseils départementaux – chikungunya – dengue – zika – fièvre jaune – lutte anti-vectorielle – moustiques – opérateur public de démoustication.

Références :

Articles L. 3113-1, L. 3114-5 et L. 3114-7 du code de la santé publique ;

Loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques, notamment les articles 1 et 7-1 ;

Loi de finances pour 1975 n° 74-1129 du 30 décembre 1974, article 65 ;

Décret n° 65-1046 du 1^{er} décembre 1965 modifié pris pour l'application de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques ;

Arrêté du 26 août 2008 modifié fixant la liste des départements où les moustiques constituent une menace pour la santé de la population ;

Instruction n° DGS/RI1/2015/125 du 16 avril 2015 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole.

Annexes :

Annexe A.– Tableau de recensement des moyens de la LAV à compléter pour chaque département classé au niveau albopictus 1.

Annexe B – Avis du CNEV relatif à la surveillance des moustiques invasifs au sein des départements en niveau 1 du plan anti-dissémination de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine.

Diffusion : les partenaires locaux (notamment les collectivités locales) par l'intermédiaire des préfets doivent être destinataires de cette instruction.

Le directeur général de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de l'Ain, des Alpes-de-Haute-Provence, des Alpes-Maritimes, de l'Ardèche, de l'Aude, de l'Aveyron, des Bouches-du-Rhône, de la Corse-du-Sud, de la Dordogne, de la Drôme, du Gard, du Gers, de la Gironde, de la Haute-Corse, de la Haute-Garonne, de l'Hérault, de l'Isère, des Landes, du Lot, de Lot-et-Garonne, des Pyrénées-Atlantiques, des Pyrénées-Orientales, du Bas-Rhin, du Haut-Rhin, du Rhône, de Saône-et-Loire, de Savoie, du Tarn, de Tarn-et-Garonne, du Var, de Vaucluse, de la Vendée et du Val-de-Marne (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé du Grand Est, de Nouvelle-Aquitaine, de Bourgogne-Franche-Comté, de Corse, d'Île-de-France, d'Occitanie, des Pays de la Loire, de Provence-Alpes-Côte d'Azur et d'Auvergne-Rhône-Alpes (pour attribution) ; Monsieur le directeur général de l'Agence nationale de santé publique (pour information).

La surveillance des vecteurs et de la circulation des virus, l'intervention autour des cas de personnes infectées, sont les moyens majeurs de prévention et de lutte contre ces maladies, pour empêcher les situations épidémiques.

I. – RAPPEL DU DISPOSITIF NORMATIF

La présente instruction s'applique aux départements classés au titre des 1^o et 2^o de l'article 1^{er} de la loi n° 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques.

Dans ces départements, le préfet arrête la délimitation de zones de lutte contre les moustiques (l'ensemble d'un département constituant en principe une seule zone de lutte potentielle) et prescrit toutes mesures utiles à la lutte contre les moustiques vecteurs de maladies. Il ne s'agit pas d'une zone de lutte spécifique contre *Aedes albopictus*. D'autres moustiques peuvent devenir vecteur, par exemple en cas d'épisode de transmission du virus West Nile ou du paludisme.

Les Agences régionales de santé (ARS) préparent ces arrêtés pour les préfets, en s'appuyant pour la métropole sur les dispositions de l'instruction n° DGS/RI1/2015/125 du 16 avril 2015 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole (et autres arboviroses transmises par les moustiques du genre *Aedes*) et sur la circulaire interministérielle n° DGS/RI1/DGALN/DGAL/2012/360 du 1^{er} octobre 2012 relative aux mesures visant à limiter la circulation du virus West Nile en France métropolitaine.

II. – MESURES UTILES À LA LUTTE CONTRE LES MOUSTIQUES VECTEURS DE MALADIES

La prévention et le contrôle des épidémies de maladies transmises par les moustiques reposent sur une double surveillance dont les modalités sont décrites dans l'instruction n° DGS/RI1/2015/125 du 16 avril 2015 mettant à jour le guide relatif aux modalités de mise en œuvre du plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole. Le guide annexé à cette instruction s'applique sur les territoires concernés à toutes les arboviroses transmises par les moustiques vecteurs du genre *Aedes*, notamment le chikungunya, la dengue, le Zika et la fièvre jaune.

III. – CONSÉQUENCES EN TERMES DE PRESCRIPTIONS DANS LES ARRÊTÉS PRÉFECTORAUX

Les arrêtés préfectoraux devront nécessairement, pour tous les départements où les moustiques présentent une menace pour la santé de la population, prévoir les modalités de surveillance et de lutte contre les moustiques vecteurs. Afin de vous aider à préciser la teneur du dispositif de surveillance, vous trouverez en pièce jointe l'avis du CNEV sur la surveillance des départements où le moustique vecteur est présent.

Ils devront notamment mentionner l'identification du service chargé des opérations de surveillance et de lutte contre les moustiques vecteurs (LAV). Il peut s'agir d'un service du conseil départemental (compétence exercée en régie) ou de l'opérateur public désigné par le conseil départemental. Le service chargé de la LAV devra faire connaître à l'ARS, avant le 1^{er} mai 2017, le nom du correspondant SI-LAV qui sera destinataire des demandes d'intervention autour des cas suspects importés, probables et confirmés nécessitant une intervention de LAV sans délai. Il sera également chargé de renseigner quotidiennement dans l'application le suivi des opérations de LAV engagées.

Dans tous les cas, le préfet a pour interlocuteur un service public, comme demandé à l'article 1^{er} de la loi 64-1246 du 16 décembre 1964 relative à la lutte contre les moustiques.

Les arrêtés préfectoraux doivent également prévoir l'application des dispositions du code de la santé publique (Articles R. 3115-1s) concernant la surveillance et le contrôle des vecteurs dans

et autour des points d'entrée du territoire, ces dispositions établies dans le cadre du règlement sanitaire international s'appliquent, pour les moustiques vecteurs, aux départements visés par la présente instruction.

IV. – RECENSEMENT DES MOYENS DE LA LAV

Une attention particulière doit être portée aux moyens de lutte antivectorielle. A la demande du Préfet, les ARS, les départements et/ou leurs opérateurs publics de démoustication réalisent une évaluation des moyens dédiés à la lutte anti vectorielle afin d'identifier et caractériser au mieux leurs capacités d'intervention face à une épidémie. Ce recensement porte sur leurs disponibilités en personnels, en matériels de lutte anti-vectorielle péri-focale, en stock de produits adulticide et larvicide et équipements de protection individuelle utilisables pour la lutte anti vectorielle, ainsi que sur leur capacité maximale d'intervention autour des cas d'arboviroses. Il permettra d'anticiper la gestion des moyens opérationnels de lutte anti-vectorielle et leur éventuel renfort dans l'hypothèse de leur mobilisation intensive. Le questionnaire annexé à la présente instruction sera à adresser à la DGS avant le 1^{er} mai 2017.

Vous voudrez bien me rendre compte des difficultés que vous rencontrerez. Mes services sont à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire.

Le secrétaire général,
P. RICORDEAU

Le directeur général de la santé,
PR. B. VALLET

ANNEXE A

**TABLEAU DE RECENSEMENT DES MOYENS DE LA LAV
À COMPLÉTER PAR CHAQUE DÉPARTEMENT CLASSÉ AU NIVEAU ALBOPICTUS 1
ET PAR CHAQUE OPÉRATEUR PUBLIC INTERVENANT SUR LE DÉPARTEMENT**

Mode d'emploi

1. Seules les zones sur fond grisé ou coloré sont à saisir.
2. Les zones sur fond orange sont des listes déroulantes (questions fermées).
3. Les données figurant dans les premières lignes sont à uniquement à titre d'exemple et doivent être supprimées avant envoi.

Département	Ain
Coordonnées du service référent	
Nom de la personne référente	
Numéro fixe (saisir le numéro sans espaces ni points)	
Numéro portable (saisir le numéro sans espaces ni points)	
Mail	

A) - Identification du service ou de l'opérateur chargé de la lutte anti vectorielle

Type ou structure de l'organisme de démoustication (liste déroulante)	Nom de l'opérateur public de démoustication (liste déroulante)	Nom du responsable pour les interventions sur le département concerné	Adresse	Téléphone Fixe (saisir le numéro sans espaces ni points)	Téléphone Portable (saisir le numéro sans espaces ni points)	Site dédié
Régie directe						

B) - Détermination des ressources humaines

i) - Nombre d'agents du département mobilisables en régie directe pour la LAV et/ou en renfort en cas d'épidémie (partie à compléter uniquement par les services du département)

Nombre d'agents basés dans le département (résidence administrative) mobilisables pour la LAV	0
	0
Autres agents mobilisables en renfort	0

ii) - Si le département a confié la LAV à un opérateur (partie à compléter uniquement par l'opérateur de démoustication)

Nom de l'agence ou se situe la résidence administrative des agents intervenant	Agence OPD
Nombre d'agents affectés à la mission LAV	cf. données de l'OPD
Nombre d'autres agents mobilisables pour la LAV (en cas d'épidémie)	cf. données de l'OPD
Département	Ain
Adresse de l'agence	
Téléphone (saisir le numéro sans espaces ni points)	
Les agents de cette agence interviennent sur le département :	
Si plusieurs agences/antennes concernées répéter les 7 lignes du dessus pour chaque agence	01 -

Nombre d'agents de l'opérateur affecté à cette mission	Affectés au service chargé de la LAV du département	Autres agents de l'opérateur mobilisables en renfort
	0	0

Si le département ne traite pas la LAV en régie directe, la saisie de la fiche s'arrête à ce point du formulaire. Les données figureront sur la fiche remplie par l'Opérateur de démoustication

C) - Détermination de la capacité d'intervention pour la lutte anti vectorielle sur le département

Nombre maximum d'intervention par semaine autour des cas pour le département		
1ère Enquête autour des cas et des lieux fréquentés (Prospection, lutte anti larvinaire)	Observations éventuelles ici	
Traitement adulteicide auto-porté		
Traitement pédestre (thermomébulisation)		

D) - Recensement du matériel

Département de stationnement	Nom	Marque	Type de traitement (liste déroulante)	Mise en œuvre (liste déroulante)	Méthode (à chaud ou à froid)	Pulvérisation Ultra Bas Volume (Oui ou Non)	Lien de la notice en ligne	Description ou Commentaires	Nombre d'appareils	Matériel commun à plusieurs départements	Lesquels
Aude (11)	18-20	London fog	Larvicide et adulteicide	Portatif motorisé	à froid				1	Non	01, 02, 84
Aude (11)	mobistar	fontan		Monté sur véhicule	à chaud	Non		Bla bla	6	Non	tous
Aude (11)	50 SN PE	swingfof							2		

E) - Recensement des stocks de produits de traitement

Département où se situe le stock	Nom commercial (liste déroulante)	Matière active (liste déroulante)	Fabricant	Date AMM	Usage (liste déroulante)	Quantité disponible totale	Unités* (Litres ou kg)	Stock commun à plusieurs départements	Lesquels
Hérault (34)	Aqua K-Othrine	Deltaméthrine	Bayer		Larvicide	15 000	Litres	Oui	03, 60
					Autre				

* Pour les comprimés, merci de les convertir en poids total en Kg

F) - Recensement des équipements de protection individuelle

Département où se situe le stock	Nom *	Marque	Catégorie d'usage* (liste déroulante)	Type	Norme	Description
Hérault (34)			Masques/Lunettes			

* Saisie obligatoire

G) - Pour ce département, recensement des référents communaux

Commune	Nom du référent communal	Nom du service en charge de la nuisance	E-mail	Téléphone Fixe (saisir le numéro sans espaces ni points)	Téléphone Portable professionnel (saisir le numéro sans espaces ni points)	Acceptation de la commune à communiquer ces informations au public(oui/non)*
Val de Garonne Agglomération	M .xxxx	conseiller prévention		04 01 01 01 01		Oui
						Non

* Si oui le public est informé des noms et coordonnées du référent communal par l'intermédiaire du site signalement-moustique.fr

ANNEXE B

AVIS DU CNEV RELATIF À LA SURVEILLANCE DES MOUSTIQUES INVASIFS AU SEIN DES DÉPARTEMENTS EN NIVEAU 1 DU PLAN ANTI-DISSÉMINATION DE LA DENGUE ET DU CHIKUNGUNYA EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Surveillance des moustiques invasifs au sein des départements en niveau 1 du plan anti-dissémination de la dengue et du chikungunya en France métropolitaine

Rédacteurs :

Frédéric Jourdain (CNEV), Yvon Perrin (CNEV).

Contributions et relecture (ces contributions personnelles n'engagent en rien les structures de rattachement) :

Hélène Barré-Cardi (Office de l'Environnement de Corse), Philippe Bindler (Brigade Verte du Haut-Rhin), Sébastien Chouin (EID-Atlantique), Charles Jeannin (EID-Méditerranée), Grégory L'Ambert (EID-Méditerranée), Romain Pouvreau (Conseil Départemental du Val-de-Marne), David Roiz (IRD), Jean-Baptiste Santoni (Conseil Départemental de Corse-du-Sud).

TABLE DES MATIÈRES

1. Quels peuvent être les objectifs d'une surveillance entomologique dans les départements en niveau 1
2. Analyse de l'existant : contenu des arrêtés préfectoraux
3. Propositions

En France, les départements classés en niveau 1 sont les départements au sein desquels au moins une population d'*Aedes albopictus* a été déclarée comme définitivement implantée. En l'absence de lignes directrices précises, la surveillance entomologique est mise en œuvre de manière hétérogène entre ces départements. C'est dans ce cadre que la Direction générale de la santé a sollicité le CNEV pour analyser le dispositif de surveillance mis en place et formuler des propositions.

1. Quels peuvent être les objectifs d'une surveillance entomologique dans les départements en niveau 1 ?

En préambule, il semble utile de préciser ce que l'on entend par surveillance entomologique, notion qui va au-delà du recueil et de la compilation de données entomologiques. La surveillance peut se définir comme l'ensemble des processus : i) mis en place en réponse à un risque pour en permettre la description et le suivi dans le temps et dans l'espace et ii) réalisés pour servir de support à diverses actions. Une surveillance est par conséquent une étape préliminaire à la prise de décision. Elle peut donc répondre à différents objectifs qu'il convient d'identifier *a priori*.

1.1. Améliorer la connaissance de la distribution du vecteur

Dans les départements classés en niveau 1, la connaissance fine de la distribution du vecteur (à l'échelle communale, voire infra-communale dans le cas de villes de taille importante) constitue un enjeu pour l'accompagnement de la mise en place de la surveillance épidémiologique et la décision de la mise en œuvre d'actions de lutte antivectorielle. À ce titre, c'est le principal objectif de la surveillance entomologique dans les départements classés en niveau 1.

Concrètement, ceci peut être réalisé à l'aide de pièges, le plus souvent des pièges pondoirs (il s'agit alors d'une surveillance active), ou grâce au signalement citoyen (surveillance passive).

Concernant la limite altitudinale d'installation de l'espèce, on considère généralement le seuil de 0°C pour la température moyenne au mois de janvier pour la survie des œufs en diapause (Knudsen *et al.*, 1996). Cependant, ce seuil est à prendre avec précaution en zone urbaine, en raison de la présence de micro-habitats présentant des températures plus élevées. Ainsi, à Trento en (Italie), l'espèce était présente alors que des minimales allant jusqu'à - 10°C ont été observées ainsi qu'une température moyenne au mois de janvier de - 5°C (Roiz *et al.*, 2011). Selon les données de surveillance obtenues en Corse par l'ARS et dans les Alpes-Maritimes par l'EID-Méditerranée,

le nombre d'œufs récoltés chute drastiquement à partir de 700 m d'altitude. Cette limite pourrait toutefois varier en fonction de la latitude et de l'adaptation des populations. Ces données sont cohérentes avec les observations réalisées en Italie (Neteler et *al.*, 2011 ; Roiz et *al.*, 2011). Ainsi, *Ae. albopictus* est principalement présents dans des zones situées en dessous de 600-800 m (ECDC, 2009 ; Valerio et *al.*, 2010) et l'espèce ne colonise que très sporadiquement des zones localisées à des altitudes comprises entre 800 et 1000 m (Marcantonio et *al.*, 2016). La situation semble être différente en Corse (Barré-Cardi, comm. pers.), avec des populations installées jusqu'à 1000 m.

1.2. Préciser la dynamique saisonnière d'*Ae. albopictus*

La connaissance de la dynamique saisonnière d'*Ae. albopictus* permet de disposer d'informations utiles à des fins d'évaluation et de gestion du risque. En particulier, elle permet de justifier la période de surveillance et d'identifier les mois présentant un risque entomologique fort.

Néanmoins, cette dynamique saisonnière pourrait varier en fonction des différentes régions françaises. Il serait donc utile de réfléchir au déploiement de réseaux similaires dans les principales régions climatiques colonisées en France.

Il peut également être souligné que les objectifs d'une telle surveillance, bien que mise en œuvre dans un département, visent à répondre à des enjeux régionaux voire nationaux, ce qui peut avoir des conséquences sur la responsabilité de leur financement.

1.3. Mesurer l'abondance du vecteur

L'estimation de la densité vectorielle est systématiquement affichée comme un objectif de la surveillance entomologique dans les départements de niveau 1 dans un souci d'orienter les actions de contrôle. Cet objectif se heurte à des difficultés d'ordre technique : il est en effet à ce jour particulièrement ardu d'estimer des densités d'adultes (stade de développement d'intérêt épidémiologique) à partir des techniques d'échantillonnage. Sur la base des connaissances actuelles, l'utilisation de pièges pondoirs demande un effort de piégeage considérable. S'agissant des indices larvaires ou nymphaux, leur élaboration requiert une main d'œuvre importante avec, sur la base de la littérature disponible, des résultats qui ne sont pas toujours représentatifs des densités en moustiques adultes. L'utilisation de pièges à adultes (type BG-Sentinel ou BG-GAT) pourrait constituer une alternative mais il est illusoire de déployer ce type de piège à grande échelle.

1.4. Détecter l'introduction de nouvelles espèces invasives

L'introduction de nouvelles espèces invasives de moustiques reste un enjeu. D'autres espèces sont ainsi présentes en Europe (*Ae. japonicus*, *Ae. koreicus*, *Ae. aegypti*) et il existe un risque important de non détection, en particulier au sein des zones déjà colonisées par *Ae. albopictus*. En effet, dans la zone colonisée, le suivi des populations de moustiques est très limité, et en tout état de cause ne s'accompagne jamais d'identifications hormis dans les zones historiques d'intervention des opérateurs publics de démoustication. En effet, pour optimiser les efforts de surveillance dans les départements colonisés, le réseau de pièges est quasi exclusivement placé sur des communes encore indemnes de la présence du moustique-tigre. La surveillance des points d'entrée dans le cadre du règlement Sanitaire International peut également permettre la détection de nouvelles espèces.

1.5. Orienter les actions de mobilisation sociale

Dans certains cas des actions de surveillance entomologique vont permettre d'accompagner les actions de mobilisation sociale. Ainsi, des prospections larvaires réalisées chez les particuliers permettent de dresser une typologie des gîtes larvaires, éventuellement de manière qualitative (notion de productivité par type de gîte) et de cibler les actions de mobilisation sociale vers une réduction des gîtes larvaires les plus productifs ou les plus nombreux.

Une telle action n'est cependant pas une surveillance de routine mais devrait idéalement être réalisée avant et après la mise en œuvre d'actions de mobilisation sociale.

1.6. Surveillance de la résistance aux insecticides

La surveillance des niveaux de sensibilité des populations de moustiques aux insecticides utilisés doit être partie intégrante de tout programme de lutte. Elle est actuellement inscrite dans la convention liant la DGS aux opérateurs, et n'est donc pas demandée dans les arrêtés préfectoraux (dans certains arrêtés, il est demandé d'intégrer les résultats dans le bilan de fin d'année si des tests ont été réalisés sur des souches du département).

2. Analyse de l'existant : contenu des arrêtés préfectoraux

En matière de surveillance entomologique, les arrêtés préfectoraux de lutte contre *Aedes albopictus* proposent dans leur ensemble les mêmes mesures dans les différents départements, sur la base du modèle-type proposé dans l'instruction ministérielle. Ainsi, dans la grande majorité des arrêtés préfectoraux, les objectifs mentionnés concernant la surveillance entomologique sont les suivants :

- surveillance de la progression de l'espèce ;
- estimation de la densité vectorielle (ou « surveillance renforcée ») ;
- surveillance des points d'entrée internationaux quand ceux-ci existent ;
- surveillance des établissements hospitaliers.

La surveillance des points d'entrée internationaux et des établissements hospitaliers ayant déjà été abordée lors de deux précédentes saisines, ne seront traitées ici que la surveillance de la progression de l'espèce et l'estimation de la densité vectorielle.

2.1. Surveillance de la progression de l'espèce

Le suivi de la progression de l'espèce représente l'objectif principal de surveillance dans les départements en niveau 1. Il figure dans la totalité des arrêtés préfectoraux, à l'exception de celui du Var (83), considéré comme entièrement colonisé.

Il est à noter que pour d'autres départements dans une situation entomologique similaire (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône), cet objectif est maintenu dans l'arrêté préfectoral, ce qui peut paraître paradoxal, étant donné qu'aucun réseau n'est mis en place pour y répondre.

Il y a une très grande hétérogénéité quant au dispositif à installer dans les départements. Certains arrêtés mentionnent simplement que la surveillance de la progression a lieu sur l'ensemble du département sans plus de détail, d'autres reprennent peu ou prou la typologie présente dans l'instruction nationale (points d'entrée, grands axes, principales agglomérations), tandis que d'autres donnent une liste précise des communes surveillées.

Aucun arrêté préfectoral ne présente d'actions à mettre en œuvre en fonction des résultats de la surveillance entomologique, notamment en cas de détection à distance de la zone colonisée.

Sur l'ensemble du territoire métropolitain, le pourcentage de communes colonisées par département classé en niveau 1 est de 20 % en moyenne, sachant que ce pourcentage est inférieur à 5 % pour les 2/3 des départements. Toutefois, le taux de communes concernées par la présence d'au moins un piège pondoir n'est que de 6 %. Ainsi, près de 80 % des communes non colonisées ne font l'objet d'aucune surveillance active.

La figure 1 présente, pour chaque département en niveau 1, la part de la population qui se situe en zone colonisée, surveillée et non surveillée. On peut voir que pour des départements ayant des niveaux de colonisation similaires, l'effort de surveillance peut être très différents, y compris entre des départements surveillés par le même opérateur. Il faut noter que ce graphique ne prend pas en compte le nombre de pièges. Ainsi, un seul piège suffit à considérer que l'ensemble de la population d'une commune est surveillée. De même, pour une commune partiellement colonisée, la population totale de la commune est considérée dans la figure 1. C'est le cas par exemple pour le Val-de-Marne, où seule une petite partie de la ville de Créteil est concernée par la présence d'*Aedes albopictus*.

La figure 2 présente l'effort de piégeage dans les différents départements en niveau 1, en fonction du nombre de pièges par km², ainsi qu'en tenant compte du nombre de pièges pour 1000 habitants en zone non colonisée. Là encore, les calculs sont faits en considérant la population ou la surface totale de chaque commune, faute de pouvoir évaluer précisément la part colonisée de chacune.

Figure 1 : part de la population en zone colonisée, surveillée et non surveillée, par département

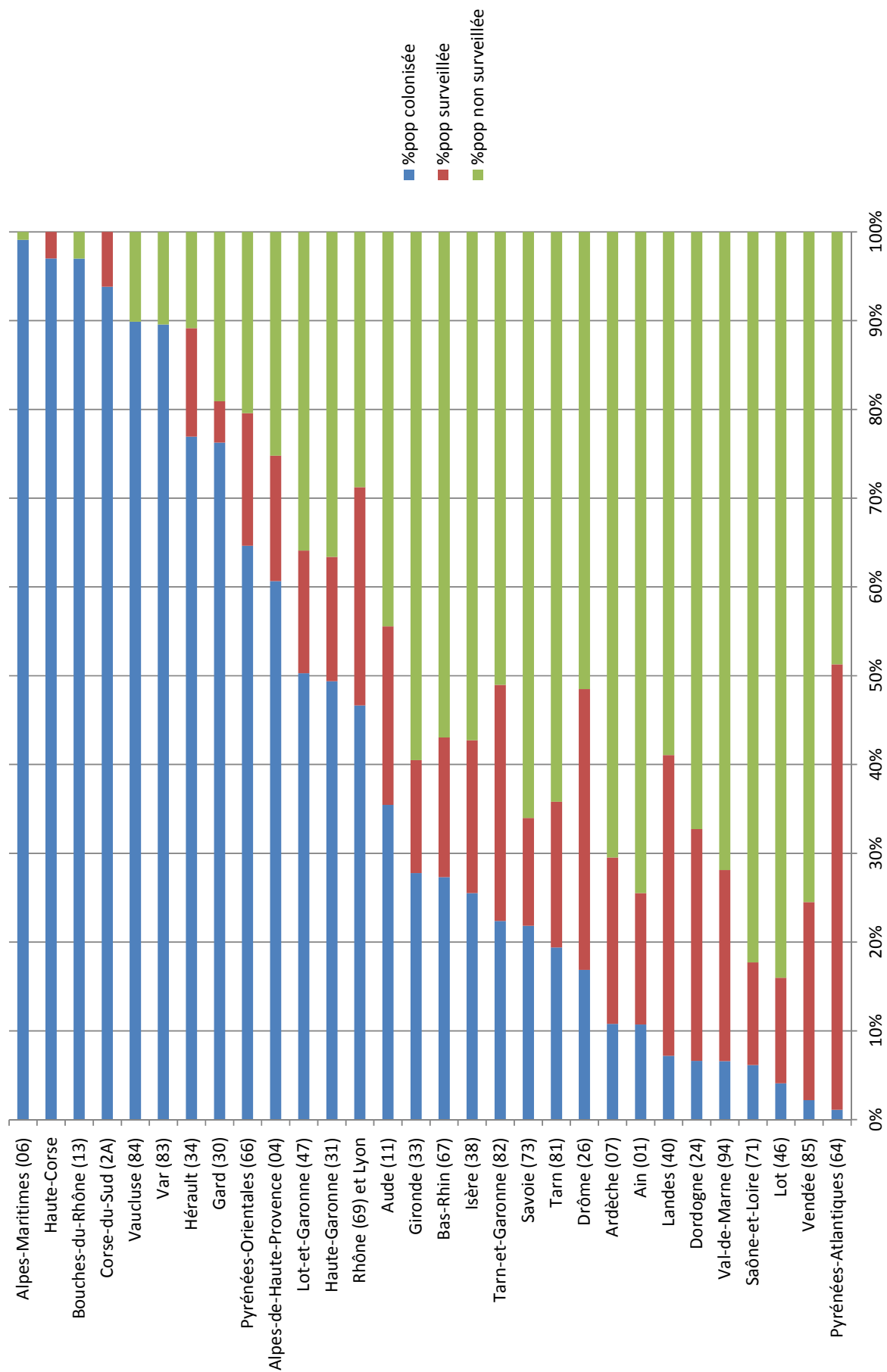
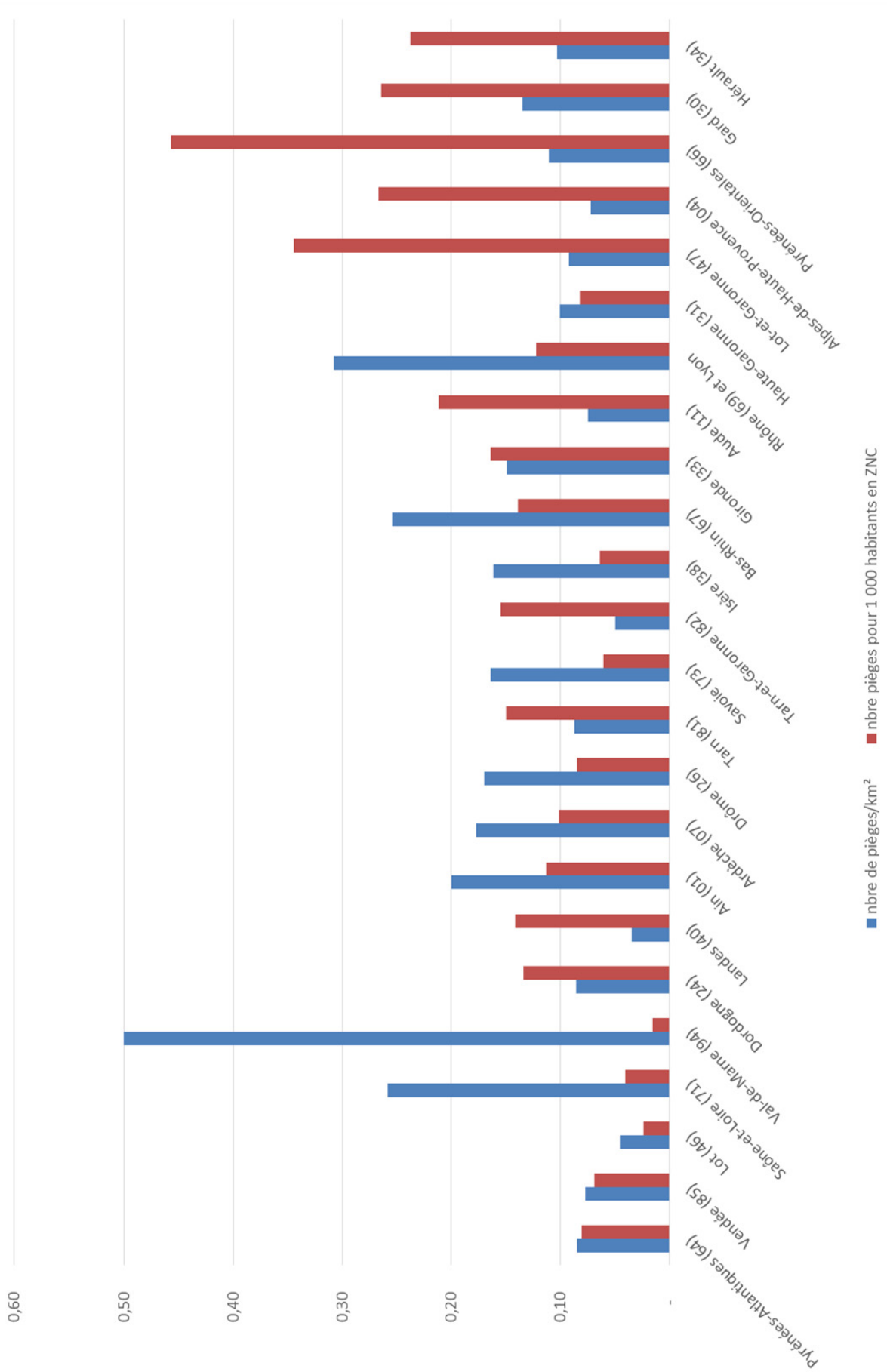


Figure 2 : effort de piégeage dans les communes surveillées en zone non colonisée



La densité de pièges dans la plupart des départements en niveau 1 est relativement peu élevée, le plus souvent inférieure à 0,3 pièges par km² dans les communes surveillées. Cela correspond à ce qui est fait dans d'autres pays d'Europe (Italie, Grèce) dans une situation similaire.

Ce chiffre est cependant très inférieur à celui préconisé dans les lignes directrices de l'ECDC pour la surveillance d'*Aedes albopictus* (ECDC, 2012), à savoir 6,7 pièges par km² pour le suivi de la dispersion. D'après ces mêmes lignes directrices, il est intéressant de mentionner qu'une densité de 20 pièges par km² est recommandée pour le suivi des points d'entrée ouvert au trafic international. Il convient toutefois de noter que dans ce cas de figure l'objectif recherché est sensiblement différent puisqu'il s'agit de s'assurer de l'absence de vecteurs et non de suivre sa progression. Une plus grande sensibilité est donc requise.

Le nombre de pièges rapporté à la population est compris entre 0,5 et 3 pièges pour 10 000 habitants en zone non colonisée pour la plupart des départements.

2.2. Estimation de la densité vectorielle (ou « surveillance renforcée »)

Tous les arrêtés préfectoraux, à l'exception des départements de Languedoc-Roussillon et du Val-de-Marne, mentionnent l'estimation de la densité vectorielle (également appelée surveillance renforcée) comme un des objectifs de la surveillance entomologique. Cependant, seuls deux arrêtés préfectoraux (Rhône et Isère) précisent les actions à mettre en œuvre, à savoir la mise en place de pièges pondoires en zone colonisée.

Comme pour le suivi de la progression de l'espèce, aucune information n'est donnée sur les modalités de cette surveillance et les actions à mener en fonction des résultats.

Des réseaux denses de pièges pondoires en zone colonisée sont également déployés à Nice et à Toulon. Ce type de réseau ne permet toutefois pas d'estimer précisément la densité vectorielle, mais seulement d'apprécier la dynamique saisonnière. Pour atteindre cet objectif, la densité de pièges déployés doit être beaucoup plus importante et corrélée avec un autre outil de mesure (indices stégomyiens ou captures d'adultes).

En revanche, cela donne des éléments sur la dynamique saisonnière des populations, qui peut fortement varier en fonction des conditions climatiques. Il serait ainsi intéressant de déployer ce type de réseau dans les différentes zones climatiques en zone colonisée (par exemple Nice, Lyon, Bordeaux, Strasbourg, Créteil en ce qui concerne 2017).

3. Propositions

3.1. Surveillance de la progression de l'espèce

3.1.1. Localisation des pièges

Plusieurs articles scientifiques décrivent le réseau de surveillance par pièges pondoires mis en place pour surveiller la dispersion d'*Ae. albopictus* dans différents pays européens. Dans le canton du Tessin en Suisse, un réseau a été installé en 2000 pour détecter l'arrivée d'*Ae. albopictus* dans cette région à haut risque d'introduction depuis l'Italie. La première détection a eu lieu en 2003, avec un réseau composé de 34 pièges pondoires. Le réseau a ensuite été progressivement étendu, avec 466 pièges en 2008, jusqu'à atteindre 1389 pièges en 2013, sur 61 communes couvrant 76,5 % de la population (Flacio et al., 2015). Cela représente 0,5 pièges par km² pour l'ensemble du canton, mais 30 pièges par km² si on le rapporte aux zones habitées. À cette période, l'espèce était installée dans la plupart des communes du canton.

D'une manière générale, dans le cadre de la surveillance de la progression de l'espèce, les pièges pondoires doivent être retirés dans les communes reconnues comme colonisées. Il est cependant possible de maintenir certains pièges dans les grandes agglomérations pour suivre plus finement la progression de la colonisation.

Dans le cadre du plan antidissémination de la dengue et du chikungunya en métropole, le principal objectif de la surveillance de la progression d'*Ae. albopictus* dans un département est d'obtenir l'image la plus précise possible de la colonisation afin d'orienter les mesures de LAV autour des cas importés ou autochtones d'arboviroses. Actuellement, une enquête entomologique est systématiquement conduite par l'opérateur concerné lors du signalement d'un cas, y compris dans les départements où seules quelques communes sont colonisées.

La surveillance de l'aire de distribution de l'espèce dans un département, quand celui-ci n'est que partiellement colonisé, doit donc permettre de rationaliser ces interventions autour des cas. Pour cela, la surveillance doit être concentrée dans les zones les plus fortement peuplées, où les cas

importés sont les plus susceptibles d'arriver. Il est donc proposé de surveiller les principales agglomérations du département (au moins 15-20 000 habitants) ainsi que les autres grands et moyens pôles urbains, dès lors qu'au moins une commune du pôle est colonisée.

Les principaux sites touristiques de chaque département en niveau 1 en zone non colonisée doivent également être surveillés. Le choix de ces sites doit être déterminé au niveau local selon des critères objectifs (essentiellement le nombre de visiteurs en période d'activité du moustique), sans excéder 2 ou 3 sites par département.

Dans les départements en niveau 1, si des sites sensibles (importateurs de pneus usagés, plateformes logistiques, ports et aéroports) sont identifiés dans les agglomérations devant faire l'objet d'une surveillance, la mise en place d'une surveillance sur ces sites est recommandée. De même, la surveillance dans les sites à risque dans les départements en niveau 0 doit être maintenue après le classement du département en niveau 1. Il est à signaler que les pièges pondoires sont moins sensibles dans les sites de pneus, où des prospections entomologiques sont à privilégier.

Concernant la localisation des pièges, outre les sites touristiques et les autres sites à risque d'introduction, les zones résidentielles ainsi que les parcs et jardins sont à privilégier.

3.1.2. Densité du réseau de piège

La densité de pièges conditionne fortement la capacité de détection d'un réseau. Il convient de prendre en compte la surface ainsi que la densité de population, qui permet de prendre partiellement en compte la compétition avec les gîtes larvaires. En fonction de l'occupation du sol, une densité comprise entre 0,5 et 1 piège par km² semble suffisant pour permettre une détection relativement précoce. Ce chiffre est à adapter en fonction de la densité de population, et peut être compris entre 1 et 5 pièges pour 10 000 habitants. Afin de rationaliser les déplacements des agents en charge de la surveillance, un nombre minimal de 3 à 5 pièges est préconisé pour les pôles urbains de taille modeste.

3.1.3. Fréquence des relevés

Actuellement les pièges pondoires sont généralement posés au mois d'avril, avec un relevé mensuel jusqu'à la fin de la saison d'activité du vecteur (autour du mois de novembre). Cependant, la plupart des nouvelles détections ont lieu à partir du mois de juillet et rarement après le mois d'octobre.

Afin d'intensifier l'effort de piégeage sans entraîner une augmentation drastique des moyens mis en œuvre, une solution pourrait être de retarder la pose des pièges au mois de juin, avec un premier relevé en juillet. De même, le dernier relevé pourrait avoir lieu au mois d'octobre, tout en tenant compte des conditions météorologiques en fin de saison et des résultats obtenus sur les réseaux denses permettant le suivi de la dynamique saisonnière, aussi bien pour le début que pour la fin de la surveillance. Un piégeage plus précoce pourra être mis en place dans les communes ayant fait l'objet d'une détection à l'année n-1, si celles-ci sont à distance (plus de 30 km) de la zone colonisée.

Le tableau n° 1 présente une synthèse des recommandations faites dans les 3 points précédents relatives à la surveillance de la progression de l'espèce.

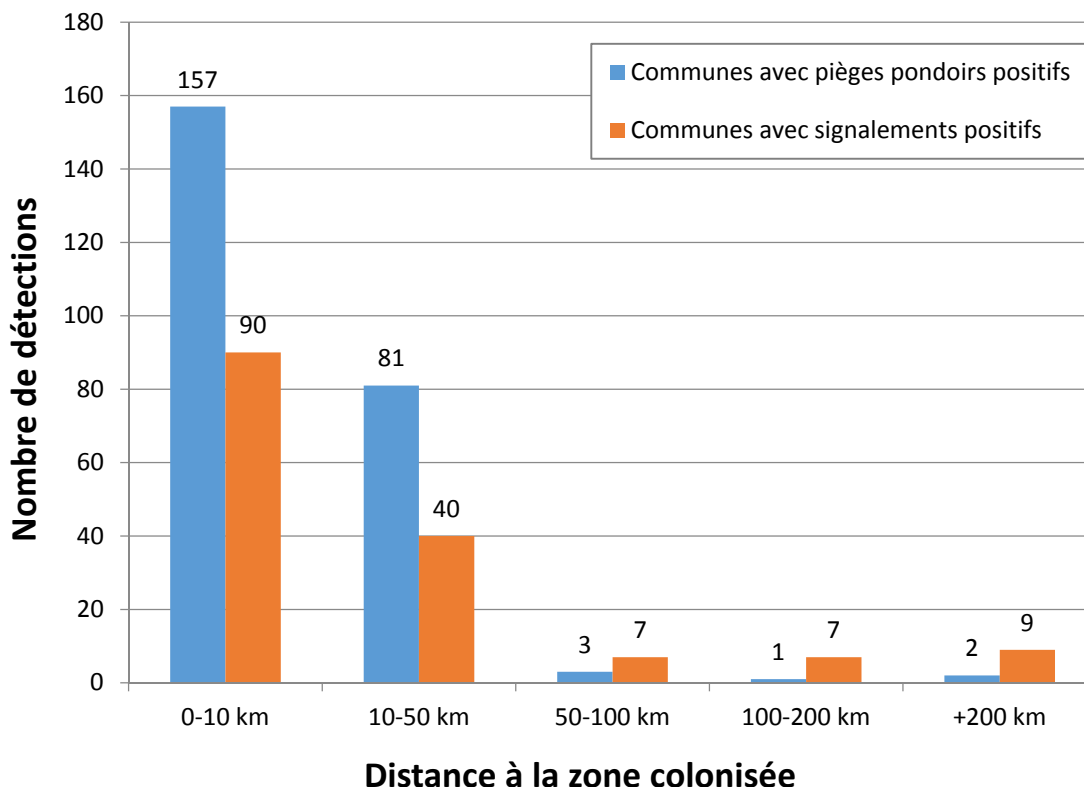
Tableau n° 1 : modalités de surveillance de la progression de l'espèce dans les départements classés en niveau 1

ZONE à surveiller	EXHAUSTIVITÉ	DENSITÉ de pièges	LIEUX de piégeage	PÉRIODE de piégeage	FRÉQUENCE des relevés
Grandes agglomérations (+ de 20 000 habitants)	Toutes	Entre 0,5 et 1 piège/km ² ou entre 1 et 5 pièges pour 10 000 habitants	Zones résidentielles, parcs et jardins	Juin à octobre-novembre	Mensuelle
Petites et moyennes aires urbaines	Si au moins 1 commune colonisée	Minimum 3 à 5 pièges	Zones résidentielles, parcs et jardins	Juin à octobre-novembre	Mensuelle
Sites touristiques	2 ou 3 sites les plus fréquentés dans chaque département	Minimum 3 à 5 pièges	Zones d'accueil (parkings, entrées)	Juin à octobre-novembre	Mensuelle
Communes hors pôles	Aucune	Aucun piège			

3.1.4. Apport du site de signalement

Le site signalement-moustique.fr, qui permet de recueillir les signalements de particuliers pensant avoir observé *Aedes albopictus*, est en place depuis 2014. Au cours des deux premières années, 438 signalements sur les 1764 reçus en zone non colonisée concernaient cette espèce. La figure 3 compare le nombre de signalements positifs et les résultats des pièges pondoires en fonction de la distance à la zone colonisée.

Figure 3 : comparaison de la détection de la présence d'*Ae. albopictus* entre la surveillance passive et la surveillance par pièges pondoires en fonction de la distance à la zone colonisée



La très grande majorité des pièges ou signalements positifs se situe ainsi entre 0 et 50 km de distance à la zone colonisée. Les réseaux de pièges en place ont permis de détecter environ deux fois plus de nouvelles communes colonisées à cette distance.

Le site de signalement est donc un outil complémentaire efficace pour la surveillance dans les départements en niveau 1. De plus, même sans évaluation économique précise, il est fort probable que le coût du traitement des signalements soit largement inférieur à celui généré par le suivi du réseau de piège, d'autant plus que les signalements positifs dans les départements en niveau 1 débouchent rarement sur des investigations plus poussées, contrairement à ce qui est fait dans les départements en niveau 0. S'agissant de ces aspects économiques, on peut mentionner ici une évaluation réalisée en Espagne qui conclut que les coûts mensuels de surveillance par pièges pondoires et à l'aide d'un outil de vigilance citoyenne s'élèvent à respectivement 9.36 € par km² et 1.23 € par km² (Frederic Bartumeus, pers.com.).

L'efficacité du site de signalement repose en grande partie sur la communication qui est faite autour de celui-ci. L'ensemble des supports d'information relatifs à *Ae. albopictus* diffusés par les différents acteurs impliqués doit autant que possible faire mention du site pour encourager le signalement. La presse quotidienne régionale est également un excellent relais de proximité. De même, un encart dans les différents journaux municipaux permettrait de toucher un large public.

3.1.5. Limite altitudinale

Afin de suivre la capacité d'*Ae. albopictus* à coloniser des communes situées au-dessus de 700 d'altitude, il serait intéressant de disposer des pièges pondoires le long de transects altitudinaux, en particulier dans les zones les plus susceptibles d'être influencées par le changement climatique dans

le sens d'une augmentation des températures hivernales, *i.e.* le Sud-Est de la France et, lorsqu'*Ae. albopictus* sera bien implanté dans ces zones dans le Nord Est de la France (Direction générale de l'Énergie et du Climat, 2014).

3.1.6. Conduite à tenir en cas de signalement ou de piège positif

Lors d'une détection dans un département en niveau 0, une surveillance renforcée est mise en place afin de définir plus précisément le niveau d'implantation de l'espèce, afin de déterminer l'opportunité de la mise en place d'actions d'élimination.

L'objectif principal des prospections entomologiques à mener est de définir le périmètre sur lequel *Aedes albopictus* est présent. En effet si celui-ci n'est pas circonscrit il sera impossible de procéder à un traitement exhaustif de la zone : l'échec des interventions d'élimination est alors quasiment certain. L'objectif secondaire est d'évaluer le niveau d'infestation des populations présentes sur le secteur pour confirmer qu'elles sont bien en phase d'installation. Ce paramètre peut s'apprécier par des captures de très faibles effectifs d'adultes malgré un effort de piégeage important, ou en évaluant, parmi les gîtes favorables au développement de cette espèce, la proportion présentant des larves (utilisation de l'indice réceptif particulièrement adapté à ce cas de figure).

Dans les départements en niveau 1, la nécessité de mettre en place une surveillance renforcée va dépendre du niveau de colonisation du département et de la distance de la commune identifiée à la zone colonisée. Dans les départements fortement colonisés (plus de 40 % des communes), la mise en place d'actions d'élimination ne paraît pas pertinente, étant donné la multiplicité des sources potentielles de réinfestation. La conduite à tenir sera similaire en cas de détection dans un département faiblement colonisé à moins de 30 km d'une commune colonisée.

Si une détection a lieu à plus de 30 km d'une commune colonisée, dans un département où l'espèce est encore faiblement implantée, des actions similaires à celles mises en place dans les départements en niveau 0 doivent être conduites. Le piégeage doit être densifié dans un rayon de 1 km autour du site de détection, avec un minimum de 30 pièges pondoirs dans ce périmètre, relevés de manière hebdomadaire, ainsi qu'un renforcement de la communication autour du site de signalement dans la commune concernée et celles adjacentes. Si la distance entre deux sites positifs est supérieure à 500 mètres, la commune est considérée comme colonisée. Dans le cas contraire, une campagne de porte-à-porte doit être menée dans l'ensemble de la zone afin de supprimer (ou traiter avec un insecticide rémanent) le maximum de gîtes larvaires. Des traitements autoportés adulticides doivent ensuite être réalisés dans toute la zone, complétés par des traitements pédestres autour des sites positifs.

À noter que les opérateurs publics de démoustication ont développé une fiche technique concernant la marche à suivre lors d'une détection en zone non colonisée.

3.2. Estimation de la densité vectorielle

Comme expliqué précédemment, l'utilisation de pièges pondoirs, d'indices larvaires ou nymphaux présentent des limites. L'utilisation de pièges à adultes (type BG-Sentinel ou BG-GAT) pourrait constituer une alternative mais il est illusoire de déployer ce type de piège à l'échelle de la métropole, d'un département voire d'une agglomération de taille importante.

À ce stade, la proposition qui semble être la plus pragmatique serait l'utilisation de modèles, sur le principe de ce qui a été développé dans le cadre du programme Life+ IMCM, permettant de hiérarchiser les zones à risque en fonction du risque spatiotemporel de présence d'*Ae. albopictus* et de la densité de population humaine, basés notamment sur la végétation inter-urbaine, l'occupation du sol et la dynamique des populations de moustiques. Des piégeages seront toutefois à prévoir pour adapter le modèle aux régions non méditerranéennes.

3.3. Suivi de la dynamique saisonnière

Comme évoqué précédemment, le suivi de la dynamique saisonnière peut notamment permettre de justifier la période de surveillance au sein du dispositif de gestion du risque, et peut varier en fonction des caractéristiques climatiques.

Actuellement, des réseaux denses de pièges visant à remplir cet objectif sont en place à Nice, Montpellier, Digne-Les-Bains et Toulon. Étant donné l'état actuel de l'aire de distribution d'*Aedes albopictus*, il semblerait pertinent de mettre en place le même type de réseau à Lyon, Grenoble, Toulouse et Bordeaux. Dans un futur proche, un réseau de ce type pourra également être déployé dans l'Est de la France (Strasbourg), bien qu'à ce stade la priorité devrait être donnée au suivi de la progression de l'espèce.

RÉFÉRENCES

Direction générale de l'Énergie et du Climat. Le climat de la France au XXI^e siècle Volume 4. Scénarios régionalisés : édition 2014 pour la métropole et les régions d'outre-mer. 2014. Accessible au lien suivant : <http://www.developpement-durable.gouv.fr/Volume-4-Scenarios-regionalises.html>.

ECDC : Development of *Aedes albopictus* risk maps. 2009. Stockholm : European Centre for Disease Prevention and Control, 2009. Accessible au lien suivant : http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0905_TER_Development_of_Aedes_Alboipictus_Risk_Maps.pdf.

ECDC. Guidelines for the surveillance of invasive mosquitoes in Europe. Stockholm : ECDC ; 2012. Accessible au lien suivant : <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/TER-Mosquito-surveillance-guidelines.pdf>.

Flacio E, Engeler L, Tonolla M, Lüthy P, Patocchi N. Strategies of a thirteen year surveillance programme on *Aedes albopictus* (*Stegomyia albopicta*) in southern Switzerland. *Parasit Vectors*. 2015 Apr 9 ;8 :208. doi : 10.1186/s13071-015-0793-6.

Knudsen AB, Romi R, Majori G. Occurrence and spread in Italy of *Aedes albopictus*, with implications for its introduction into other parts of Europe. *J Am Mosq Control Assoc*. 1996 Jun ; 12(2 Pt 1) :177-83.

Marcantonio M, Metz M, Baldacchino F, Arnoldi D, Montarsi F, Capelli G, Carlin S, Neteler M, Rizzoli A. First assessment of potential distribution and dispersal capacity of the emerging invasive mosquito *Aedes koreicus* in Northeast Italy. *Parasit Vectors*. 2016 Feb 3 ;9 :63. doi : 10.1186/s13071-016-1340-9.

Neteler M, Roiz D, Rocchini D, Castellani C, Rizzoli A. Terra and Aqua satellites track tiger mosquito invasion : modelling the potential distribution of *Aedes albopictus* in north-eastern Italy. *Int J Health Geogr*. 2011 Aug 3 ;10 :49. doi : 10.1186/1476-072X-10-49. Roiz D, Neteler M, Castellani C, Arnoldi D, Rizzoli A. Climatic factors driving invasion of the tiger mosquito (*Aedes albopictus*) into new areas of Trentino, northern Italy. *PLoS One*. 2011 Apr 15 ;6(4) :e14800. doi : 10.1371/journal.pone.0014800.

Valerio L, Marini F, Bongiorno G, Facchinelli L, Pombi M, Caputo B, et al. Host-feeding patterns of *Aedes albopictus* (*Diptera : Culicidae*) in urban and rural contexts within Rome province, Italy. *Vector Borne Zoonotic Dis*. 2010 ;10 :291-294. doi : 10.1089/vbz.2009.0007.

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale
de la cohésion sociale*

Sous-direction des professions
sociales, de l'emploi et des territoires

Bureau des professions sociales

Instruction n° DGCS/SD4A/2017/121 du 7 avril 2017 relative à l'identification des diplômes du travail social délivrés par le ministère des affaires sociales et de la santé

NOR : AFSA1710978J

Date d'application : immédiate.

Examinée par le COMEX le 13 avril 2017.

Résumé : la présente instruction a pour objet de préciser les dispositions permettant aux directions régionales (départementales) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR(D)JSCS) d'identifier chacun des diplômes de travail social délivrés par le ministère des affaires sociales et de la santé. Elle remplace la note adressée le 6 août 2007 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à Mesdames et Messieurs les préfets de région et aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) dont le numéro mercure est le 164410707.

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

Mots clés : diplômes d'État du travail social – identification des diplômes.

Référence :

Note adressée le 6 août 2007 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à Mesdames et Messieurs les préfets de région et aux DRASS (numéro mercure : 164410707 ; objet : identification des diplômes relevant du secteur social).

Circulaire abrogée : note adressée le 6 août 2007 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à Mesdames et Messieurs les préfets de région et aux DRASS (numéro mercure : 164410707 ; objet : identification des diplômes relevant du secteur social).

Annexe :

Note adressée le 6 août 2007 par le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement à Mesdames et Messieurs les préfets de région et aux DRASS (numéro mercure : 164410707 ; objet : identification des diplômes relevant du secteur social).

Diffusion : les DR(D)JSCS.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; copie à : Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'outre-mer.

L'Imprimerie nationale édite les diplômes du travail social, en fonction d'une maquette établie par les services centraux du ministère des affaires sociales et de la santé. Il revient ensuite à chaque DR(D)JSCS de commander le nombre de diplômes nécessaires directement auprès de l'Imprimerie nationale.

L’Imprimerie nationale attribue un numéro de série à chaque imprimé de diplôme (case à gauche de l’imprimé). Il revient ensuite à la DR(D)JSCS d’y faire figurer un second numéro : le numéro de diplôme.

Le décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d’État d’accompagnant éducatif et social (DEAES) et modifiant le code de l’action sociale et des familles (partie réglementaire) crée ce nouveau diplôme d’État de niveau V (niveau CAP-BEP), en remplacement du diplôme d’État d’auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et du diplôme d’État d’aide médico-psychologique (DEAMP). La création de ce nouveau diplôme suppose d’actualiser la note du 6 août 2007 en intégrant l’identification du DEAES.

Identification des diplômes du travail social

Vous utiliserez l’identification suivante au moyen de la case réservée à cet effet située à gauche de l’imprimé (numéro de diplôme).

Cette identification comportera cinq numéros :

1. Le numéro du département du certificateur :

Exemple : Nouvelle Aquitaine, site de Bordeaux : « 33 ».

2. L’année de délivrance du certificat (les 2 derniers chiffres de l’année).

Exemple : 2017 : « 17 ».

3. Le domaine du diplôme (travail social) représenté par le chiffre « 2 ».

4. La nature du diplôme représentée par le chiffre suivant :

DIPLÔMES DU TRAVAIL SOCIAL	NATURE
Diplôme d’État d’intervention sociale (DEIS)	1
Certificat d’aptitude aux fonctions d’encadrement et de responsable d’unité d’intervention sociale (CAFERUIS)	2
Médiateur familial	3
Diplôme d’État d’assistant de service social (ASS)	4
Diplôme d’État d’éducateur de jeunes enfants (DEEJE)	5
Diplôme d’État de technicien de l’intervention sociale et familiale (TISF)	6
Diplôme d’État d’aide médico psychologique (DEAMP)	7
Diplôme d’État d’auxiliaire de vie sociale (DEAVS)	8
Diplôme d’État d’assistant familial (DEAF)	9
Diplôme d’État d’accompagnant éducatif et social (DEAES) Il convient également de préciser la spécialité acquise : « VD » pour « accompagnement de la vie à domicile » ; « ED » pour « accompagnement à l’éducation inclusive et à la vie ordinaire » ; « SC » pour « accompagnement de la vie en structure collective »	10

5. Le numéro d’ordre du certificat :

Exemple : 1, 2, 3, etc.

À noter qu’en début de chaque année, le numéro d’ordre du certificat est remis à zéro puisque l’on change d’année : on passe de « 17 » (2017) à « 18 » (2018).

Ce qui donnera, par exemple, pour le premier diplôme d’État d’accompagnant éducatif et social, spécialité « accompagnement de la vie à domicile » obtenu à Bordeaux en 2017 : 3317210VD1.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

ANNEXE

NOTE ADRESSÉE LE 6 AOÛT 2007 PAR LE MINISTRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT À MESDAMES ET MESSIEURS LES PRÉFETS DE RÉGION ET AUX DRASS



Ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité
Ministère du logement et de la ville

Direction générale de l'action sociale

Sous-Direction de l'animation territoriale
et du travail social
Bureau des professions sociales et du travail social (4A)

Dossier suivi par :
Marie-Joëlle GORISSE
Tél. : 01 40 56 57 5 fax : 01 40 56 80 22
Courriel : marie-joelle.gorisse@sante.gouv.fr

N° mercure : 16441207

**Le ministre de l'emploi, de la cohésion sociale
et du logement,**

à
Mesdames et Messieurs les Préfets de Région
Direction régionales des affaires sanitaires et sociales



Objet : identification des diplômes relevant du secteur social
PJ : un spécimen

De nouvelles versions de diplômes du sanitaire et du travail social ont été élaborées par l'imprimerie nationale afin de les adapter aux évolutions nécessaires d'une part et d'autre part, permettre une cohérence entre les imprimés conçus par la direction générale des affaires sociales et ceux de la direction générale de la santé.

Ces nouveaux imprimés ont été adressés dernièrement aux DRASS pour la délivrance des diplômes du sanitaire et du travail social.

La présente note porte à votre connaissance les dispositions qui ont été définies pour permettre aux DRASS d'identifier chacun des diplômes et d'établir des statistiques propres par type de diplômes.

Identification du diplôme

Dans un souci de cohérence entre les deux directions précitées du ministère, il vous est proposé l'identification suivante au moyen de la case réservée à cet effet et située à gauche de l'imprimé:

Cette identification comportera cinq numéros.

- le numéro du départ, siège de la DRASS
- l'année d'obtention du diplôme (les deux derniers chiffres)
- le domaine du diplôme (travail social) représenté par le chiffre " 2"
- la nature du diplôme représentée par le chiffre (cf ci dessous)
 - DEIS (1)
 - CAFERUIS (2)
 - Médiateur familial (3)
 - ASS (4)

EJE (5)
TISF (6)
AMP (7)
AVS (8) ;
ASSISTANT FAMILIAL (9)

- un numéro d'ordre propre à chaque diplôme complètera cette identification

Statistiques

Pour vous permettre d'établir des statistiques relatives à chaque diplôme, vous utiliserez le numéro d'ordre.

Par ailleurs.

Les imprimés dont vous disposez actuellement présentent une case à gauche dans laquelle figure déjà un numéro, le numéro de série attribué par l'imprimerie nationale. Vous allez devoir faire figurer un deuxième numéro, celui qui correspond à l'identification du diplôme.

Afin d'éviter toute confusion, il vous est demandé, sur la ligne correspondant au numéro de série de l'imprimerie nationale de rajouter à droite de la case "numéro de série" et sur la ligne correspondant au numéro de diplôme, de rajouter à droite également et en dessous de "numéro de série", "numéro de diplôme".

Les prochaines impressions ne comporteront pas le numéro de série de l'imprimerie nationale.


La Sous-Directrice
de l'Animation Territoriale et du Travail Social

Maryse CHAIX

MINISTÈRE CHARGÉ DES AFFAIRES SOCIALES



Esprit - Égalité - Démocratie
REPUBLIQUE FRANÇAISE

Diplôme d'État d'Assistant de Service Social

Vu les articles D.451-29 à D.451-40, du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la délibération du jury en date du _____

Le diplôme d'État d'assistant de service social est délivré à

M

Né(e) le _____

à _____

Q

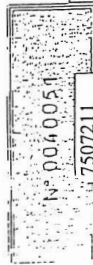
qui est autorisé(e) à porter le titre d'Assistant de service social.

Enregistré au niveau III (code NSF 333)
au répertoire national des certifications professionnelles

Fait le _____

le _____

Le Préfet de Région _____



N° de série

N° de diplôme

75

le numéro du départ -
siège de la DRASS

07

l'année d'obtention du
diplôme
(les deux derniers chiffres)

2

le domaine du diplôme
(travail social)
représenté par le chiffre « 2 »

1

la nature du diplôme (= DEIS)

un numéro d'ordre (= 1^{er} DEIS
délivré)

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat d'État chargé des personnes âgées
et de l'autonomie

Secrétariat d'État aux personnes handicapées
et à la lutte contre l'exclusion

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur social
et médico-social

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code

NOR : AFSA1709099J

Date d'application : 1^{er} janvier 2017.

Validée par le CNP le 2 décembre 2016. – Visa CNP 2016-180.

Résumé : la présente instruction a pour objet d'explicitier l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu (CPOM) au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui propose le nouveau cadre contractuel des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Une nouvelle étape pour la contractualisation dans le champ médico-social s'ouvre puisque pour relancer la dynamique de la contractualisation, la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) pour le secteur des personnes âgées et les lois n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 et n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017 dans le secteur des personnes en situation de handicap ainsi que pour les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ont prévu diverses mesures en faveur d'une généralisation de la contractualisation.

Ainsi, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement a substitué le CPOM à la convention pluriannuelle, dite tripartite, des EHPAD. Ce CPOM relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF) peut inclure d'autres catégories d'établissements ou de services mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF et relevant du président du conseil départemental ou du directeur général de l'ARS, lorsque ces derniers sont gérés par un même organisme gestionnaire et relèvent du même ressort territorial. La possibilité de signer des CPOM pluri-établissements ou services encourage la logique de mutualisation sur des fonctions telles que la restauration, la blanchisserie, le nettoyage, l'informatique, ainsi que la mutualisation des professionnels, notamment les personnels paramédicaux.

Cette réforme de la contractualisation s'accompagne d'une réforme de l'allocation de ressources des EHPAD et d'une refonte des règles budgétaires et comptables, mises en œuvre dès 2017.

De même, l'article L. 313-12-2 du CASF prévoit que les établissements et services du secteur des personnes en situation de handicap sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Les établissements

d'accueil de jour autonomes (AJA) sont également inclus dans le périmètre de cet article. Pour les ESMS concernés s'appliqueront à l'exercice suivant la signature du CPOM les nouvelles règles budgétaires et comptables, et notamment l'utilisation d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

Cette instruction a pour objectif de faire le lien entre les deux dispositions législatives et encourage à la conclusion d'un seul et unique CPOM par gestionnaire sur le territoire départemental, voire régional, avec l'accord des autorités de tarification.

Il convient de souligner que d'autres types de CPOM existent : le CPOM de droit commun relevant de l'article L. 313-11 du CASF, le CPOM des services d'aide à domicile (SAAD) relevant de l'article L. 313-12-1 du CASF, le CPOM des résidences-autonomie relevant du III de l'article L. 313-12 du CASF ou encore le CPOM de l'expérimentation des SPASAD intégrés. La présente instruction a donc également pour objectif de clarifier le corpus juridique des différents types de CPOM existants.

Rappelons enfin que pour un établissement médico-social rattaché à un établissement de santé et bien que l'établissement de santé doive conclure son propre CPOM, l'obligation de signer un CPOM médico-social demeure.

Mots clés : CPOM – EHPAD – PUV – ESMS – AGGIR – GMP – dépendance – coupes PATHOS – PMP – EPRD – ERRD – handicap.

Références :

Articles L. 313-6, L. 313-11, L. 313-12, L. 313-12-1, L. 313-12-2, L. 314-2 et L. 342-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

Textes modifiés : arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

Annexe 1. – Mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges des contrats d'objectifs et de moyens.

Annexe 2. – Les différents CPOM du secteur social et médico-social (tableau).

Annexe 3. – La mise en œuvre du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées – Volet CPOM.

Annexe 4. – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

Annexe 5. – CPOM et réponse accompagnée pour tous.

Annexe 6. – La mise en œuvre des mesures du comité interministériel du handicap (CIH).

Annexe 7. – L'articulation du cahier des charges des CPOM et du décret relatif aux conditions techniques minimales des EHPAD (schéma).

La ministre des affaires sociales et de la santé et la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les présidents des conseils départementaux ; Mesdames et Messieurs les présidents des métropoles (pour information).

Les lois relatives à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) et de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 et 2017 inaugurent une nouvelle ère de la contractualisation du secteur médico-social par la consécration de l'outil « contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens » (CPOM) qui permet de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) en fixant des objectifs de qualité et d'efficience, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements, et en déclinaison notamment du schéma régional de santé prévu par l'article 58 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le CPOM constitue ainsi un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie négociée d'un gestionnaire.

La présente instruction a pour objet de proposer une doctrine pour la mise en œuvre de la réforme de la contractualisation du secteur médico-social, de rappeler les différents enjeux qu'elle recouvre et d'en expliciter les modalités techniques d'application.

Sept annexes complètent le corps de l'instruction. L'annexe 1 propose le cadre explicatif pour la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV^{ter} de l'article L. 313-12 du CASF. La deuxième annexe récapitule sous forme de tableau des différents types de CPOM existants sur le secteur social et médico-social dans le but de vous permettre de mieux appréhender l'hétérogénéité du corpus juridique des CPOM ainsi que leurs possibles interactions. De plus, les annexes 3 et 4 concernent plus spécifiquement les CPOM conclus par les résidences autonomie, les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). L'annexe suivante concerne la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous dans le cadre de la généralisation des CPOM. L'annexe 6 rappelle les mesures du CIH de décembre 2016 dont le CPOM apparaît comme un outil pertinent de mise en œuvre. Enfin, l'annexe 7 est un schéma permettant de mettre en perspective les travaux ayant conduit à la rédaction de l'arrêté CPOM.

1. La réforme de la contractualisation relevant de l'article L. 313-12 (IV^{ter}) du CASF (CPOM « EHPAD »)

La réforme de la contractualisation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des petites unités de vie (PUV) va s'opérer sur une durée de 5 ans à compter du 1^{er} janvier 2017. En effet, l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) rénove cette contractualisation en substituant un CPOM à l'ancienne convention tripartite pluriannuelle (CTP) qui prévalait jusqu'alors par EHPAD. Ce CPOM dépasse le strict cadre de la CTP puisqu'il est prévu qu'il concerne l'ensemble des EHPAD du même gestionnaire dans un département, mais aussi, le cas échéant, des établissements et services médico-sociaux relevant d'autres activités et accueillant d'autres publics, du même ressort territorial, dès lors qu'il relève de ce gestionnaire. Ainsi, le CPOM peut englober des établissements et services relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF et de la compétence du DGARS ou du PCD (personnes en situation de handicap et personnes en difficultés spécifiques...).

Les établissements de soins de longue durée (ESLD) ne sont pas concernés par cette réforme et restent, pour l'instant, soumis à l'obligation de conclure une convention tripartite pluriannuelle avec le président du conseil départemental (PCD) et le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS). C'est pour cette raison que l'arrêté du 26 avril 1999 n'a pas été abrogé : il demeure en vigueur pour ces établissements en attente d'une réforme de leur tarification.

Ainsi, au 1^{er} janvier 2022, l'ensemble des EHPAD et des PUV devront obligatoirement avoir conclu un CPOM avec les autorités ayant délivré leur autorisation. La signature de ce CPOM est obligatoire et en cas de refus de le signer ou de le renouveler de la part de l'organisme gestionnaire, la loi prévoit des sanctions pour ce dernier qui risque une minoration du forfait global de soins, à hauteur d'un montant dont le niveau maximum peut être porté à 10 % du forfait par an, conformément aux dispositions prévues à l'article D. 314-167-1 du CASF.

À noter : une mesure de la LFSS pour 2017 rend possible la signature de CPOM pluri EHPAD au niveau départemental par la société commerciale qui contrôle les sociétés détenant les autorisations des EHPAD [CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV^{ter})].

2. La réforme de la contractualisation prévue à l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA »)

L'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016 prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Une période transitoire de 6 ans est prévue pour la mise en œuvre de ces dispositions (du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2021). Ainsi, au niveau du territoire départemental devra être signé un CPOM par organisme gestionnaire avec les ESMS relevant des catégories mentionnées à l'article L. 313-12-2 du CASF.

La liste des établissements concernée par l'obligation de contractualisation a été complétée par la LFSS pour 2017. Aussi, sont concernés par cette contractualisation obligatoire les ESMS suivants : les instituts médico-éducatifs (IME), les instituts thérapeutiques éducatifs-pédagogiques (ITEP), les établissements et services pour enfants déficients moteurs (IEM), les établissements et services pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), les établissements et services pour enfants atteints de déficience sensorielle, les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres d'accueil familiaux spécialisés (CAFS) créés et gérés par ces établissements, les services types services, d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), les jardins d'accueil spécialisés, les bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation (CPO), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisé (FAM), les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et les établissements et s*ervices d'aide par le travail (ESAT). Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD, qu'ils interviennent auprès de personnes âgées ou de personnes handicapées. À noter que les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) sont également inclus dans le périmètre de la contractualisation obligatoire. Enfin, dans le cadre de l'instruction du 10 octobre 2016, les établissements d'accueil de jour autonomes (AJA) ont été intégrés à ce périmètre¹.

À noter : quelques structures d'accompagnement des personnes handicapées ne sont pas concernées par l'obligation de signer un CPOM notamment les centres de ressources et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation socioprofessionnelle (UEROS).

Cette contractualisation s'inscrit, dans une réforme plus générale qui comprend la mise en place de l'EPRD et les travaux SERAFIN-PH.

La LFSS pour 2017, outre l'extension du périmètre des ESMS relevant de la contractualisation obligatoire, a introduit d'autres modifications par rapport au dispositif initial et notamment :

- l'obligation de signer ces CPOM pour les conseils départementaux pour les ESMS de compétence partagée avec l'ARS. En revanche, les ESMS relevant de la compétence exclusive du PCD (foyers de vie, champ ASE...) sont exclus du périmètre de l'obligation de signer un CPOM ;
- la possibilité de moduler le tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dans des conditions qui seront précisées par décret en Conseil d'État (publication envisagée au cours du 1^{er} semestre 2017).

3. La réforme de la tarification des EHPAD et la réforme budgétaire et comptable commune à l'ensemble du secteur médico-social

À compter de l'exercice 2017 et sur une période de 7 ans, une nouvelle tarification des EHPAD et des PUV entrera en vigueur. Dans un objectif de simplification et d'objectivation de l'allocation de ressources, est mis en place un financement automatique des prestations en soins reposant sur une équation tarifaire qui prend en compte à la fois le niveau de dépendance et les besoins en soins requis des résidents. Au résultat de cette équation tarifaire versée pour les places d'hébergement permanent, s'ajouteront éventuellement des financements complémentaires. Il s'agit par exemple du financement des places d'accueil temporaire et des dispositifs issus du plan Alzheimer 208-2012 : pôles d'accompagnement et de soins adaptés (PASA), unités d'hébergement renforcé (UHR) ou encore plateformes d'accompagnement et de répit des aidants (PFR).

¹ Cf. Instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application.

La loi prévoit, sur la même période transitoire de 7 ans, la mise en place d'un forfait global relatif à la dépendance dans des conditions définies par décret².

Dans le cadre du CPOM prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF (c'est-à-dire le CPOM « EHPAD »), le principe de libre affectation des résultats au sein du périmètre du CPOM découle du modèle de tarification des EHPAD. Toutefois, la loi dispose que le contrat prévoit les modalités d'affectation du résultat. Il convient, en effet, d'aménager lors de la négociation du CPOM un temps d'échange sur cette question afin de projeter un résultat prévisionnel et de s'assurer que l'affectation de ce résultat réponde aux objectifs du CPOM. Ainsi, les modalités d'affectation du résultat doivent faire l'objet d'une disposition contractuelle.

Cette réforme de la tarification s'accompagne de la refonte des règles et des cadres budgétaires et comptables des établissements et services, notamment par la mise en place d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Sur le secteur des EHPAD, ce document entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2017 pour l'exercice 2017. *A contrario*, les ESMS - non EHPAD qui intègrent un CPOM « EHPAD » relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF, seront soumis à l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM.

En revanche, pour les établissements et services relevant de l'article L. 313-12-2 (c'est-à-dire le « CPOM des ESMS du secteur des personnes en situation de handicap, des établissements d'accueil de jour autonomes (AJA), des SSIAD et des SPASAD »), l'entrée en vigueur de l'EPRD est subordonnée à la conclusion de ce CPOM et il s'appliquera à compter de l'exercice suivant sa signature.

Pour les CPOM conclus antérieurement (avant le 1^{er} janvier 2016 et donc au titre de l'article L. 313-11 du CASF – « CPOM de droit commun »), l'entrée en vigueur de l'EPRD est possible en cas d'accord entre les autorités de tarification et l'organisme gestionnaire sous réserve de la conclusion d'un avenant au CPOM. En l'absence d'avenant, l'EPRD sera mis en place lors du renouvellement du CPOM, qui sera alors pris en application de l'article L. 313-12-2 du CASF.

Enfin, la réforme de la tarification s'inscrit dans un cadre plus global de mutation du secteur médico-social, dont l'objectif est in fine, l'adaptation de l'offre aux besoins évolutifs des personnes accueillies et une allocation de la ressource la plus équitable possible s'appuyant sur des bases objectivées.

Concernant les EHPAD, cette objectivation s'appuie sur les besoins en soins requis et le niveau de dépendance des résidents déterminés sur la base des outils tels que le pathos moyen pondéré (PMP) et la grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR).

Dans le champ de l'accompagnement des personnes handicapées, la mise en place des conditions d'une allocation de ressources équitable est l'objectif des travaux menés dans le cadre de SERAFIN-PH, qui visent à apporter ces bases objectivées grâce à une connaissance des besoins et des prestations. Cependant, l'inadéquation des modes de financement actuels aux activités des établissements et services est aussi prégnante qu'elle l'était dans le secteur des personnes âgées. C'est pourquoi une forme de tarification à la ressource est introduite également pour les établissements et services d'accompagnement des personnes handicapées. Elle est négociée dans le cadre du CPOM et élaborée sur des bases historiques dans l'attente d'une tarification fondée sur les bases objectivées dans le cadre des travaux SERAFIN-PH.

Ces travaux participent donc in fine d'une même réforme, avec la mise en place des EPRD en tant que cadre budgétaire le plus adapté à une forme de tarification à la ressource, et la généralisation de la contractualisation, outil de structuration du projet global de l'organisme gestionnaire.

4. La programmation de la contractualisation

Il vous appartient de programmer de manière pluriannuelle le passage au CPOM, dans le cadre de chacun des deux dispositifs contractuels, par le biais d'un arrêté conjoint avec le Président du conseil départemental. Je vous invite à réaliser deux arrêtés distincts. Certains organismes gestionnaires peuvent relever des deux dispositifs. Il convient d'organiser l'information des gestionnaires en amont, de concerter sur la stratégie de programmation que vous définissez localement et de les associer pleinement à l'élaboration de ces arrêtés. S'agissant des SSIAD exclusivement, il vous est également loisible de les inscrire dans une programmation séparée puisque ces services relèvent de votre seule compétence (dans ce cas, une troisième programmation est réalisée). Enfin, il est souhaitable que la commission spécialisée en matière médico-sociale de la CRSA soit consultée sur les critères de programmation au titre de sa compétence sur la politique contractuelle. La 3^e partie de l'annexe 1 revient en détail sur cette programmation conjointe et les questions que sa mise en œuvre suscite.

² Cf. les dispositions des articles R. 314-172 à R. 314-178 du CASF.

5. Les enjeux des réformes

Le CPOM participe à une meilleure structuration de l'offre sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des personnes selon des modalités identifiées et priorisées dans le cadre des PRS et leurs cibles quantitatives et qualitatives opposables et des schémas élaborés localement. C'est également un levier de performance pour les ESMS.

Sur les deux secteurs, la généralisation des CPOM, dans la lignée des conventions triparties ou des CPOM préexistants, a vocation à poursuivre l'amélioration de la qualité de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes hébergées ou accueillies. En effet, des objectifs de qualité et d'efficience sont fixés, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des structures. Le CPOM constitue un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie d'un gestionnaire.

Pour le secteur des EHPAD, il est aussi source de simplification administrative en se substituant aux conventions d'habilitation à l'aide sociale départementale quand elles existaient et aux conventions tripartites pluriannuelles. Le CPOM devient ainsi le document unique de contractualisation pour le gestionnaire d'un ou plusieurs EHPAD.

Pour le secteur des personnes handicapées, la contractualisation est l'un des leviers identifiés pour :

- pallier le cloisonnement entre les catégories d'établissements et services et la fragmentation des réponses apportées aux personnes en situation de handicap. Le CPOM précisera notamment les modalités d'accueil et le niveau d'activité négocié. Lorsque le projet de décret en cours modifiant la nomenclature des autorisations aura été publié, le CPOM pourra constituer un outil pertinent pour préciser l'activité et les modes d'intervention des établissements et services ;
- favoriser et organiser la complémentarité des prestations offertes par un gestionnaire ;
- inscrire les ESMS dans l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, leur mise en œuvre.

Le rapport « zéro sans solution³ » de 2014 et la mission « Réponse accompagnée pour tous » recommandent ainsi la généralisation des CPOM comme outils permettant de mieux accompagner la résolution des situations complexes. Ainsi, le CPOM permet d'adapter les réponses apportées aux besoins des personnes en situation de handicap dans une double démarche : développer des formes d'accompagnement qui favorisent l'accès au droit commun (virage inclusif) et accueillir, éventuellement avec des modalités renouvelées, les personnes nécessitant un accompagnement permanent.

Enfin, le contrat est le support de la définition de la dotation globale pour les établissements encore tarifés en prix de journée.

La partie 1.2 de l'annexe 1 est consacrée aux enjeux des réformes.

6. L'accompagnement et le suivi de la mise en œuvre du dispositif CPOM

Pour toute question relative à la mise en œuvre de la présente instruction ou de l'arrêté fixant le contenu du CPOM, je vous invite à envoyer un courriel à l'adresse suivante : DGCS-5C-TARIF@social.gouv.fr. Pour que cette réforme de grande ampleur puisse se mettre en place, des sessions de deux jours de formation ont été organisées par l'EHESP, la CNSA et la DGCS à destination des personnels des ARS et des conseils départementaux. Une foire aux questions (FAQ) a été ouverte sur la plateforme REAL hébergée par l'EHESP. Elle couvre l'ensemble du chantier relatif à la réforme de la tarification et de la contractualisation du secteur médico-social. Cette FAQ sera, par la suite, mise en ligne sur le site internet du ministère afin d'être accessible au plus grand nombre.

Enfin, je vous informe que le suivi de la mise en œuvre de la généralisation des CPOM pourra être réalisé à terme par le système d'informations Ecars qui sera déployé à compter de 2018.

Pour les ministres et par délégation :

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

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

³ « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. Document accessible par le lien suivant : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

ANNEXE 1

MISE EN ŒUVRE DE L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM) PRÉVU AU IV *TER* DE L'ARTICLE L. 313-12 DU CASF ET SON ARTICULATION AVEC LE CPOM PRÉVU À L'ARTICLE L. 313-12-2 DU MÊME CODE

Cette annexe a pour but d'expliciter le contenu de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF (CPOM « EHPAD »). Elle se compose de deux parties. La première partie rappelle les principes qui ont prévalu à la rédaction de ce texte, les principaux enjeux qu'il recouvre mais a aussi pour but de répondre aux questions relatives à la mise en œuvre immédiate de la réforme. La seconde partie a vocation à expliciter les éléments relatifs à la mise en œuvre et au suivi des CPOM puis, elle précise les différents outils et systèmes d'informations qui vont être développés pour accompagner l'ensemble des acteurs : agences régionales de santé (ARS), conseils départementaux (CD) et organismes gestionnaires (OG).

PREMIÈRE PARTIE

LES PRINCIPES DE L'ARRÊTÉ DU 3 MARS 2017 FIXANT LE CONTENU DU CAHIER DES CHARGES DU CPOM PRÉVU AU IV *TER* DE L'ARTICLE L. 313-12 DU CASF, LA CONSTRUCTION DU MODÈLE-TYPE DE CPOM « EHPAD » ET LES ENJEUX DE LA NOUVELLE CONTRACTUALISATION

Cet arrêté a été pris en substitution de l'arrêté du 26 avril 1999 sur le secteur des EHPAD, mais ce dernier reste applicable dans sa version d'origine aux établissements de soins de longue durée (ESLD) en l'attente d'une réforme plus globale de ces établissements.

Pour illustrer le contexte dans lequel l'arrêté CPOM « EHPAD » a été élaboré, je vous invite à vous référer au schéma présenté dans l'annexe 7 (« articulation du cahier des charges des CPOM et du décret relatif aux conditions techniques minimales des EHPAD ») de la présente instruction.

Ce schéma a pour but de rappeler que l'arrêté du 26 avril 1999 comprenait des éléments de nature différentes telles que des recommandations ou des normes qui ont été étendues depuis à l'ensemble des ESMS avec la publication de la loi de n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la mise en œuvre d'un certain nombre d'outils visant à garantir les droits des usagers (projets d'établissements, relations avec les familles et les résidents...).

De même, s'agissant de recommandations de bonnes pratiques professionnelles, de nombreux acteurs ont depuis formalisé des outils et travaux. En 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux (ANESM) créée dans le but d'aider à la mise en œuvre des évaluations interne et externe, a formalisé un corpus de bonnes pratiques¹. La Haute Autorité de santé édicte également des recommandations de bonnes pratiques ainsi que des guides et outils qui peuvent intéresser les parties prenantes. Enfin, en juillet 2016 a été installé le haut conseil du travail social qui a notamment pour mission « de formuler des recommandations et des avis concernant les évolutions à apporter aux pratiques professionnelles »².

Depuis 2008, le plan national Alzheimer puis le plan maladies neurodégénératives (PMND) ont impulsé plusieurs mesures clés comprenant un certain nombre de mesures médico-sociales (comme la création au sein des EHPAD des pôles d'accompagnement et de soins adaptés – PASA ou encore des unités d'hébergement renforcés – UHR).

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui renove la tarification des EHPAD distingue le résultat de l'équation tarifaire pour l'hébergement permanent, des financements complémentaires comprenant notamment les dispositifs spécifiques, issus du plan Alzheimer et dont l'évolution et le développement s'inscrivent dans le cadre du PMND (mesures 26 à 29).

Ainsi, l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du CPOM prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF a vocation à se substituer à celui de 1999 sur le volet EHPAD et il s'accompagne également de la publication d'un décret relatif aux conditions techniques minimales

¹ Les recommandations relatives aux EHPAD sont accessibles sur le lien suivant : http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=article&id_article=589

² Cf. le décret n° 2016-905 du 1^{er} juillet 2016 portant création du Haut Conseil du travail social, accessible sur le lien suivant : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/1/AFSA1616922D/jo>

d'organisation et de fonctionnement des EHPAD. Ainsi, le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2016. Il définit :

- les missions des EHPAD ;
- la composition de l'équipe pluridisciplinaire ;
- les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement de l'EHPAD des PASA et UHR médico-sociales : publics, projet spécifique, personnels.

Ainsi, le décret récapitule le socle des obligations incontournables des EHPAD et des PUV alors que l'arrêté CPOM « EHPAD » décline les objectifs négociés entre les parties prenantes.

1.1. L'arrêté du 3 mars 2017, son modèle de contrat et les annexes

a) L'élaboration du modèle de contrat-type

Afin de mettre en œuvre l'ensemble de la réforme de la tarification et de la contractualisation des EHPAD, un groupe de travail a été constitué sur chacun des chantiers (CPOM, définition du forfait global de soins et du forfait global dépendance, réforme budgétaire et comptable). Les travaux des quatre groupes ont été menés au cours du 1^{er} semestre 2016 et se sont tenus, dans un premier temps avec les seules ARS et conseils départementaux, avant d'être élargis dans un deuxième temps aux fédérations représentatives du secteur personnes âgées (FHF, FEHAP, SYNERPA, FNAQPA, FNADEPA, mutualité, AD-PA, ANCHL, SYNEAS) puis aux fédérations du secteur personnes handicapées (FEGAPEI, APF...).

Pour définir le contenu de l'arrêté, le groupe de travail³ s'est réuni à 5 reprises. Le contrat-type a été conçu comme un outil utile aux autorités ayant délivré l'autorisation pour faire évoluer l'offre en tenant compte des problématiques rencontrées localement. Il est donc conçu de manière assez souple pour permettre aux acteurs de l'adapter et de définir des objectifs spécifiques propres aux caractéristiques de chacun des territoires. Les visas du CPOM renvoient au PRS et aux différents schémas arrêtés localement. De même, le préambule du contrat – type du CPOM est laissé à la main des acteurs afin qu'ils puissent le personnaliser.

Les principes qui ont guidé sa rédaction sont les suivants :

- un document resserré avec un socle contractuel commun à l'ensemble de l'activité de l'organisme gestionnaire concerné par le CPOM et des annexes déclinant des objectifs qui peuvent être transversaux ou ne concerner qu'une seule activité ; seul un article déclinant l'ensemble des objectifs stratégiques du CPOM est prévu dans le socle contractuel. Il s'agit de pouvoir plus facilement faire évoluer le CPOM en ne modifiant que les annexes ;
- une marge de manœuvre locale permettant aux acteurs de s'approprier la démarche et d'adapter le contrat tant sur les objectifs que sur les indicateurs permettant d'apprécier leur degré d'atteinte.

b) Les annexes du modèle de contrat-type

La liste des annexes au CPOM est limitée afin de ne pas alourdir le contrat. Pour chacune d'entre elles, est explicité, de manière synthétique, le contenu qui est attendu. Ces annexes sont de trois natures.

1. Tout d'abord, des annexes obligatoires et communes à l'ensemble des CPOM qui sont produites spécifiquement dans le cadre du CPOM

La synthèse du diagnostic partagé

Le diagnostic partagé est l'élément fondateur du CPOM, à partir duquel découle l'ensemble des objectifs. Ses principales orientations sous la forme d'une synthèse, doivent être annexées au contrat afin de servir de document de référence.

Une annexe détaillant la réponse des établissements et services du CPOM aux besoins territoriaux et leur inscription dans l'offre de santé et d'autonomie sur le territoire

Le modèle-type de CPOM renvoie à des visas et des références juridiques (notamment aux différentes dispositions du CASF afférentes aux CPOM) avant de viser le ou les différents schémas de référence :

- projet régional de santé (PRS) et son schéma régional de santé (SRS) qui seront définis courant 2017 pour une mise en œuvre en 2018 ;

³ ARS île-de-France, Pays de la Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne et des représentants de l'ANDASS (départements de Paris, de la Gironde, de Vaucluse et de l'Eure).

- ainsi que les schémas départementaux (gérontologique ou concernant le secteur des personnes en situation de handicap).

Il convient de rappeler que le gestionnaire a vocation à s'inscrire dans une offre territorialisée dans le but de décliner ou de faciliter une logique de parcours, tout en répondant aux objectifs des schémas. À cette fin, il conclut et rend effectif les partenariats indispensables. Un partenariat avec au moins un Établissement de santé assurant de l'hospitalisation complète et un établissement d'hospitalisation à domicile est préconisé. De manière générale, le développement de partenariat dépendra aussi des ressources existantes sur les territoires et les gestionnaires devront adapter leur stratégie en conséquence. Il n'apparaît pas nécessaire de les multiplier, il convient au contraire de privilégier et de renforcer les partenariats existants qui apparaissent comme nécessaires au bon fonctionnement de l'accompagnement des usagers notamment.

Une annexe évolutive détaillant les objectifs fixés dans le cadre du CPOM assortis des indicateurs retenus pour en mesurer l'évolution. Cette annexe fera l'objet d'un point d'avancement pour permettre le suivi des objectifs. Pour ce faire, elle fera partie intégrante du rapport d'activités annuel, document transmis en même temps que l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

La négociation du CPOM doit permettre aux acteurs de s'accorder sur un certain nombre d'objectifs à mettre en œuvre au cours de l'exécution du CPOM. Il convient pour chacun d'entre eux de bien préciser le périmètre des structures concernées (objectif propre/objectif partagé) et le ou les indicateurs retenus pour suivre leur évolution. Il s'agira ensuite annuellement d'actualiser le contenu eu égard à l'atteinte des objectifs. Ce document permettra aux autorités de tarification de suivre l'atteinte des objectifs du CPOM mais aussi de disposer des éléments permettant d'explicitier les écarts. En effet, dans le cadre de la transmission des documents de clôture d'un exercice, le gestionnaire doit explicitier la mise en œuvre des objectifs qui ont été négociés avec les autorités de tarification.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) au sein duquel figure notamment le plan pluriannuel d'investissement (PPI)⁴

En parallèle, l'article R. 314-212 CASF prévoit que l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) comprend un plan global de financement pluriannuel, simulant la trajectoire financière des établissements et services⁵ sur une période glissante de 6 ans. Ce dernier a pour objet de définir les orientations pluriannuelles de financement des établissements et services qui relèvent de l'EPRD. Il retrace l'ensemble des dépenses et des recettes prévisionnelles d'exploitation et d'investissement, ainsi que l'évolution du résultat prévisionnel, de la capacité d'autofinancement, du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie. Le PGFP fait partie intégrante de l'EPRD et n'a pas vocation à être approuvé en tant que tel⁶. Il éclaire seulement l'analyse de l'EPRD et de l'évolution de la situation financière des ESMS⁷.

2. Ensuite, une annexe obligatoire pour les seuls établissements concernés est produite spécifiquement pour le CPOM

Il s'agit de l'annexe relative à l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Les pratiques des départements sont très variables en la matière. Certains disposent d'une convention relative à l'aide sociale départementale alors que d'autres prévoient les modalités de mise en œuvre au niveau du règlement départemental d'aide sociale. Ainsi, la signature du CPOM ne remet pas en cause l'habilitation à l'aide sociale ni les conventions en cours et cette annexe doit également être produite dans le cas d'une convention d'aide sociale relevant de l'article L. 342-3-1. Aussi, le modèle de cahier des charges prévoit les deux cas de figure à la main des conseils départementaux.

3. Enfin, des documents sont annexés, le cas échéant, au contrat permettant d'éclairer la situation du gestionnaire, des établissements et des services. Ils ne sont pas produits spécifiquement pour le CPOM

Il peut s'agir, par exemple :

De documents relatifs à l'évaluation externe (synthèse ou abrégé)

Il peut être intéressant de joindre au CPOM les éléments préexistants utiles ou concourants à l'élaboration du diagnostic partagé. Les éléments relatifs à l'évaluation externe apparaissent comme incontournables.

⁴ Conformément à l'article L. 314-7 du CASF, les PPI et leur plan pluriannuel de financement doivent être approuvés par l'autorité de tarification compétente, comme par le passé, à l'exception des ESMS relevant des dispositions des articles L. 342-1 à 342-6 du CASF.

⁵ Compris dans le périmètre de l'EPRD.

⁶ Cf. instruction ministérielle n° DGCS/SD5C relative à la mise en œuvre des dispositions du décret modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.

⁷ L'instruction relative à la mise en œuvre des dispositions du décret modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF précisera l'articulation entre les PPI et le PGFP.

Dans le cadre de l'évaluation interne, sont remontés tous les cinq ans un certain nombre d'indicateurs (hospitalisation en urgence, qualité de l'accompagnement...). Ces indicateurs ont vocation à alimenter le plan d'amélioration continue de la qualité (PACQ)⁸. Dans ce cadre l'ANESM a élaboré un guide publié fin 2016, intitulé : « ESSMS : Valorisez les résultats de vos évaluations⁹ » qui a pour objet de vous permettre de faire le lien entre le suivi des indicateurs du PACQ et le CPOM.

Enfin, l'article D. 312-205 du CASF rappelle que, lorsqu'un contrat pluriannuel a été conclu par les établissements et services concernés, le calendrier des évaluations peut être prévu par le contrat. Ainsi, je vous invite à prévoir dans les CPOM, le calendrier des évaluations internes et externes notamment afin de poursuivre deux objectifs :

- la réalisation selon un même calendrier des évaluations internes/externes des ESMS du CPOM ;
- l'obtention de supports utiles dans le cadre de l'évaluation du CPOM et de son renouvellement.

Le cas échéant, de l'arrêté fixant les frais de siège ainsi qu'une fiche précisant les missions du siège social

Si le périmètre du CPOM et le périmètre des frais de siège coïncident, il est obligatoire de regrouper la réalisation des deux procédures. En effet, je vous informe que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit que l'autorisation de frais de siège social soit effectuée dans le cadre du CPOM lorsque le périmètre de ce contrat correspond à celui des établissements et services gérés par l'organisme gestionnaire. À cet égard, il est prévu dans le décret modifiant les dispositions financières applicables aux ESMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF que lorsque le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens comprend l'ensemble des établissements et services gérés par l'organisme privé non lucratif, le renouvellement de l'autorisation de frais de siège mentionnée à l'article R. 314-87 du CASF peut être accordé sur le fondement d'une demande simplifiée dont le formalisme sera défini ultérieurement. Je vous rappelle enfin que les dispositions relatives aux frais de siège sont codifiées aux articles R. 314-87 à R. 314-94-2 du CASF.

Le cas échéant, les éléments de contrats ou conventions liant le gestionnaire à d'autres autorités publiques (par exemple CPOM sanitaire) ayant un impact sur la réalisation du présent contrat. L'appartenance à un GHT (groupement hospitalier de territoire) doit aussi être signalée.

Cette annexe a pour objet de permettre à l'ensemble des parties au CPOM d'avoir connaissance de l'ensemble des obligations contractuelles auxquelles est soumis l'organisme gestionnaire. Ce peut être, un CPOM sanitaire, l'appartenance ou la participation à un GHT (groupement hospitalier de territoire), l'appartenance à un GCSMS ou GCS... Il convient enfin de souligner que toute convention de partenariat doit être précisée dans le cadre du CPOM.

1.2. Les enjeux de la nouvelle contractualisation

- a) Un CPOM EHPAD intersectoriel et l'articulation des différents CPOM que peut être amené à négocier un même organisme gestionnaire

La dynamique CPOM est relancée sur l'ensemble du secteur médico-social. À ce titre, l'annexe 2 recense l'ensemble des CPOM existants. Ainsi, l'article L. 313-12 du CASF¹⁰ prévoit que le gestionnaire d'un EHPAD doit conclure un CPOM avec le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. Lorsqu'un organisme gère plusieurs EHPAD situés dans le même département, ce CPOM est conclu pour l'ensemble de ses établissements. Il peut être étendu aux autres activités du gestionnaire du département. Sous réserve de l'accord des autorités compétentes, ce CPOM peut aussi inclure les établissements et services situés dans d'autres départements de la même région. Le périmètre du CPOM peut donc être à géométrie variable.

De même, l'article D. 312-159-5 du CASF impose la conclusion d'un CPOM pour la perception du forfait autonomie pour les résidences autonomes (ex-logements-foyers). L'annexe 3 (mise en œuvre du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées – Volet CPOM) en précise les différentes modalités. Sur le secteur du domicile, l'article 47 de la loi ASV dispose que les services d'aide à domicile peuvent conclure un CPOM dans le but de favoriser la structuration territoriale de l'offre

⁸ Ce plan d'actions est un outil qui permet aux ESSMS de préparer la réponse à leur obligation réglementaire prévue à l'article D. 312-203 du CASF selon laquelle la démarche continue d'évaluation interne doit être retracée chaque année dans leur rapport d'activité.

⁹ http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/GUIDE_EVALUATIONS_081216.pdf

¹⁰ Cf. l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

d'aide à domicile et la mise en œuvre de leurs missions au service du public (ces dispositions sont codifiées à l'article L. 313-11-1 du CASF). De même, l'article 49 impose la conclusion d'un CPOM par les SPASAD s'inscrivant dans un modèle intégré d'organisation, dans le cadre d'une expérimentation¹¹.

Dans le champ du handicap, l'article L. 313-12-2 du CASF¹² prévoit que les établissements et services du secteur personnes handicapées sous compétence exclusive ou conjointe des ARS ainsi que les SSIAD¹³ doivent signer un CPOM, sur la base d'une programmation arrêtée par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental¹⁴.

Enfin, l'article 58 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, modifie l'article L. 313-9 du CASF en introduisant la possibilité pour les autorités ayant délivré l'autorisation de conclure un CPOM avec un ESMS dans le but d'adapter l'offre suite à une modification ou à la publication d'un nouveau schéma. Ce CPOM a pour objet d'accompagner l'établissement ou le service lors de la modification ou de la transformation de son activité. L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée en cas de non atteinte des objectifs de reconversion ou de transformation après un délai préalablement établi et qui ne peut être inférieur à un an.

Ainsi, il convient d'articuler l'ensemble des CPOM existants que vont être amenés à conclure les organismes gestionnaires, *a minima*, sur le territoire départemental afin de vous permettre de vous adapter à l'ensemble des cas de figure que vous pourrez rencontrer localement :

- CPOM mono EHPAD/CPOM multi-EHPAD/CPOM pluriactivités ;
- CPOM EHPAD et CPOM résidence-autonomie¹⁵ ;
- CPOM EHPAD et CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD, AJA » ;
- CPOM EHPAD et CPOM SSIAD/SPASAD ;
- CPOM EHPAD avec un angle restructuration.

Pour tenir compte du nombre élevé de CPOM attendu dans les années futures, il est ainsi proposé dans l'arrêté que le CPOM EHPAD puisse s'articuler avec les autres CPOM existants ou à venir de l'organisme gestionnaire. Deux solutions sont ainsi proposées.

La première consiste au regroupement simple de l'ensemble des différents CPOM qui continuent à poursuivre leurs effets propres. Il s'agit simplement de vous permettre de disposer d'une vision d'ensemble de l'état de la contractualisation de l'organisme gestionnaire et des objectifs sur lesquels il s'est engagé. Je vous invite, dans ce cadre, autant que faire se peut à tenter de faire coïncider les dates d'effet des différents CPOM ainsi que, le cas échéant, l'arrêté d'autorisation de frais de siège.

La seconde option proposée consiste en l'intégration de l'ensemble des contrats existants dans un CPOM unique. Dans de cas, on propose de rassembler l'ensemble des CPOM dans un seul et unique contrat. Le modèle-type de CPOM étant construit sur un socle contractuel resserré, il est proposé que les autorités de contrôle ne signent et ne s'engagent que pour les objectifs transversaux et les objectifs des structures relevant de leur seule compétence. Le CPOM EHPAD peut donc être un vecteur de simplification et vous permettre de regrouper les obligations contractuelles auxquelles sont tenus les organismes gestionnaires. Il vous sera néanmoins demandé de reprendre les éléments spécifiques aux CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA (CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF), notamment relatifs aux moyens financiers (*cf. infra* : seconde partie de l'annexe). La programmation attendue sur les deux secteurs découlera des choix que vous opérerez en la matière

Afin de faciliter votre exercice et de ne pas multiplier le nombre de CPOM qu'un même organisme gestionnaire pourrait être amené à signer en fonction du panel d'établissements et services dont il dispose, je vous encourage, dans la mesure du possible, à ne conclure qu'un seul CPOM par organisme gestionnaire sur le territoire départemental. Il vous est également possible de conclure un CPOM à l'échelle pluri-départementale voire régionale sous réserve de l'accord des conseils départementaux concernés.

¹¹ Cf. annexe 4 : le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

¹² Cf. l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

¹³ Cf. sont visés explicitement par la mesure les ESMS des 2°, 3°, 5° et 7° ainsi que les services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF (modifié dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017).

¹⁴ Cf. l'article L. 313-12-1 a été modifié et le cas échéant a été supprimé de la rédaction initiale de l'article L. 313-12-2 du CASF.

¹⁵ Cf. 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.

b) Un outil de restructuration de l'offre au service de l'amélioration de la qualité

Le CPOM est un outil permettant aux autorités de tarification de mettre en œuvre d'une part, les objectifs du projet régional de santé (PRS) et de son schéma régional de santé (SRS) et d'autre part, les objectifs des schémas départementaux. Ainsi, il constitue l'instrument privilégié de déclinaison de la priorité nationale et territoriale dans le domaine d'intervention de la personne morale gestionnaire. Il est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec les priorités de politiques publiques établies notamment dans les documents de programmation régionaux et/ou départementaux.

Le CPOM peut constituer un levier privilégié pour insérer l'établissement ou le service au sein du territoire, dans une logique de construction de parcours d'accompagnement des publics avec l'établissement de partenariats formalisés avec institutions et professionnels sociaux, médico-sociaux ou sanitaires, le recours à des réseaux d'intervention spécialisés, l'adhésion à des groupes de coopération, etc.

La généralisation de la contractualisation dans le champ des personnes handicapées doit favoriser la fluidité des parcours d'une part, mais également servir à la transformation de l'offre et à la mise en œuvre d'objectifs qualitatifs qui seront intégrés dans le contrat. En ce sens, des travaux sont actuellement menés par la DGCS dans le but d'améliorer le contenu des autorisations des ESMS du secteur des personnes en situation de handicap, *via* une nomenclature simplifiée et opposable aux autorisations de création ou modificatives à venir, ce qui renverrait au CPOM notamment les éléments relatifs aux modalités d'organisation¹⁶. Cette nomenclature, qui éte élaborée dans le cadre d'un groupe de travail composé de fédérations d'établissements et d'usagers et d'organismes publics, pourrait être publiée courant 2017.

Parallèlement à cette évolution des autorisations, la validation par le comité stratégique du 26 janvier 2016 des nomenclatures de besoins et de prestations développées dans le cadre du projet SERAFIN-PH conduit à encourager l'utilisation d'un vocabulaire commun partagé par tous. La nomenclature des prestations permet notamment de décrire les prestations servies par une structure, par un organisme gestionnaire, par un dispositif ou sur un territoire, indépendamment des différentes catégories de structures pour personnes handicapées. L'utilisation de cette nomenclature des prestations peut, en ce sens, appuyer la démarche de restructuration de l'offre.

Le CPOM constitue également un outil volontaire de redéploiement ou de transformation de l'offre. Il permet à ce titre de prévoir et d'accompagner des opérations de transformation et de restructuration de l'offre d'un ou plusieurs établissements et services dépendant d'une même personne morale gestionnaire.

J'attire aussi votre attention sur la réforme de l'appel à projet (et notamment le décret n° 2016-801 du 15 juin 2016 modifiant la procédure d'appel à projets et d'autorisation mentionnée à l'article L. 311-1-1 du CASF) qui poursuit trois objectifs :

- faciliter l'évolution et l'adaptation de l'offre existante du secteur social et médico-social afin de répondre aux besoins des usagers, avec le souci de transparence et d'accompagnement des ESSMS ;
- simplifier les modalités de conduite de la procédure d'appel à projets ;
- aménager l'obligation de visite de conformité en cas de renouvellement de l'autorisation et d'extension non importante.

Aux termes du III de l'article L. 313-1-1 du CASF, issu de la loi ASV, les projets de transformation d'ESSMS avec modification de la catégorie de bénéficiaires au sens du I de l'article L. 312-1 du CASF et les projets de transformations d'établissements de santé en ESSMS (conversions sanitaires) relevant du I de l'article L. 312-1 du CASF sont exonérés d'appel à projet dès lors qu'ils donnent lieu à la conclusion d'un CPOM et qu'ils n'entraînent pas une extension de capacité supérieure aux seuils prévus à l'article D. 313-2 du CASF.

L'article L. 313-1-1 du CASF confie à la commission d'information et de sélection d'appel à projets, un nouveau rôle de consultation pour ces projets.

Les articles R. 313-7-4 à R. 313-7-8 du CASF précisent les modalités de consultation de la commission d'information et de sélection d'AAP pour les projets de transformations négociés dans le cadre de CPOM.

¹⁶ Cf. annexe 6 : CPOM et réponse accompagnée pour tous.

c) Un outil de simplification : le CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV *ter*) vaut habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale

Le CPOM vaut dorénavant habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. Jusqu'à présent, les conseils départementaux avaient des pratiques très variées : certains disposaient d'une convention relative à l'aide sociale départementale alors que d'autres prévoyaient les modalités de mise en œuvre au niveau du règlement départemental d'aide sociale. Aussi, le modèle de cahier des charges prévoit les deux cas de figure à la main des conseils départementaux.

Les principes de l'habilitation à l'aide sociale départementale sont prévus à l'article L. 313-8-1 du CASF. Le retrait de l'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale est du ressort du président du conseil départemental. Il est déjà prévu à la demande de l'établissement et après accord du conseil départemental lorsque l'établissement a accueilli moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale départementale par rapport à sa capacité agréée sur les trois derniers exercices (article L. 342-3-1 du CASF).

d) L'amélioration de l'efficacité

La démarche contractuelle présente un apport majeur de modernisation du dialogue entre pouvoirs publics et ESMS. Elle a vocation à mettre en place une nouvelle culture du secteur en instaurant plus de transparence dans les échanges et travaux entre les gestionnaires et les autorités de tarification. Elle favorise le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation.

En règle générale, dans le cadre d'un CPOM, l'organisme gestionnaire, sur la période de validité du contrat, passe d'un régime de contrôle annuel à un régime contractuel défini sur la base d'engagements contractualisés et dispose d'une vision pluriannuelle ayant pour objectif un équilibre financier structurel. Si le gestionnaire, dans le cadre d'un CPOM, est plus autonome, il est également responsabilisé. Il peut se recentrer sur la définition d'objectifs stratégiques. Le CPOM lui permet de mettre en œuvre des objectifs managériaux à court ou moyen terme.

Le modèle de CPOM « EHPAD » (relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF) ne prévoit pas de reprise de résultats par les autorités de tarification et revoit au CPOM les conditions de leur affectation. Il s'agit d'un des points importants du CPOM et un élément important de la négociation. Vous pourrez vous référer à l'instruction relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF, dont la publication est attendue prochainement, pour connaître l'ensemble des règles relatives à l'affectation des résultats qui sont différentes selon le statut juridique de l'entité gestionnaire. Un paragraphe de la seconde partie est consacré à l'affectation des résultats (*cf.* 2.1*b*).

Le mode de gouvernance permis par le CPOM doit encourager la réalisation d'économies d'échelle induites notamment par une gestion plus efficace et la possibilité d'opérer des redéploiements inter établissements au sein d'une même dotation globalisée.

1.3. Calendrier et programmation des CPOM

La politique et les orientations de la contractualisation au sein de vos territoires, définiront la programmation et le contenu des CPOM. Les établissements doivent être informés de leur programmation afin qu'ils puissent anticiper la consultation de leurs instances (délibération du conseil d'administration etc.) ainsi que la mise en œuvre de l'EPRD pour les structures hors EHPAD/PUV.

a) Vie des CTP en attendant la conclusion du CPOM

L'ensemble des EHPAD et les PUV tarifées au GMPS ont conclu une convention tripartite. Pour l'exercice 2016, la circulaire de campagne mentionnée précédemment vous a incité à solder vos engagements financiers et à conclure des CTP en ne prenant aucun nouvel engagement portant sur la période postérieure au 31 décembre 2016 et en portant une attention particulière aux EHPAD présentant une tarification fondée sur les anciennes modalités de tarification dites « dotations minimales de convergence » (DOMINIC).

Depuis le 1^{er} janvier 2017, en dehors de la situation particulière des ESLD, vous ne pouvez plus conclure de CTP. Vous disposez d'un délai de 5 ans (2017-2022) pour couvrir l'ensemble des EHPAD et des PUV par un CPOM.

b) Calendrier/programmation des CPOM

Dans la majorité des cas, la substitution CPOM/CTP pourra être réalisée à échéance de la convention tripartite. Si le gestionnaire gère plusieurs EHPAD dont les dates d'échéances varient, il conviendra alors de privilégier la plus brève échéance et d'emporter l'ensemble des établissements concernés.

Il convient aussi d'attirer votre attention sur la durée moyenne de négociation d'un CPOM (entre 6 mois et 1 an) et des difficultés à recueillir un consensus de l'ensemble des parties prenantes. Compte tenu des temporalités qui peuvent être différentes d'un EHPAD à un autre et de la durée de négociation, l'article 8 du modèle de contrat prévoit que le CPOM mette un terme aux CTP préexistantes à compter de son entrée en vigueur.

Tant dans la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement que dans la loi de financement pour la sécurité sociale au titre de 2016, une programmation pluriannuelle (pouvant être revue annuellement) doit être fixée par arrêté, conjointement avec le président du conseil départemental.

Pour le secteur des personnes âgées, eu égard au caractère tripartite de la contractualisation, l'établissement d'une programmation conjointe existe déjà. Elle n'est pas toujours aisée. Pour établir ces listes et définir des priorités, il faut vous rapprocher des conseils départementaux pour définir les établissements et services qui pourraient entrer dans la logique de CPOM à court terme (gestionnaires prêts à entrer dans la réforme, établissement dont la CTP est échue en 2017...). Il vous appartient également de ne pas omettre les SSIAD ainsi que les SPASAD de votre programmation. En effet, bien que l'obligation de CPOM découle des mesures de la LFSS pour 2016/2017 et concerne principalement le secteur des personnes en situation de handicap, il n'en demeure pas moins que la majorité des places des SSIAD et leurs financements relèvent de l'OGD « personnes âgées » (110 000 places PA contre environ 5 000 places PH).

Pour la programmation des SSIAD, différentes solutions sont possibles :

- intégration dans la programmation conjointe PA et/ou PH (intégration des SPASAD qui relèvent d'une compétence partagée dans l'une ou l'autre) ;
- programmation unique du DGARS des seuls SSIAD.

Il convient d'attirer votre attention sur la prise en compte s'agissant de la section « soins » des variables AGGIR et pathos. En effet, les articles R. 314-170-2 (GMP) et R. 314-170-4 (PMP) disposent que pour être pris en compte pour l'exercice $N + 1$, les variables GIR et Pathos doivent être validées au plus tard, le 30 juin de l'année N . À défaut, elles ne seront pas prises en compte. C'est un élément à prendre en compte dans la programmation des CPOM. En revanche, les variables GIR et Pathos validées au plus tard le 30 juin seront automatiquement prises en compte dans l'allocation de ressources aux EHPAD même si le CPOM n'a pas été conclu.

La loi dispose que l'ensemble des petites unités de vie doivent conclure un CPOM. Cette obligation s'applique également aux PUV dont le financement des soins est assuré par un forfait soins ou lorsqu'un SSIAD intervient dans l'établissement conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF. Il convient donc d'inscrire l'ensemble des PUV dans votre démarche de programmation.

Par ailleurs, s'agissant des LFSS pour 2016/2017, il vous appartient de réaliser le même exercice sur le secteur du handicap. Cependant, à la différence du secteur « personnes âgées » où seuls 2 % des dotations régionales limitatives (DRL) étaient tarifés en CPOM en 2015, vous avez tarifé près de 44 % de la DRL du secteur « personnes des personnes en situation de handicap ». Au total, ce sont 2 620 établissements et services du secteur qui sont déjà couverts par un CPOM pour un montant total de plus de 4 milliards d'euros. La programmation attendue s'appuiera sur une double base :

Les gestionnaires qui devront renouveler leur CPOM

Pour ces établissements, il convient de souligner qu'un avenant au CPOM prévoyant notamment l'entrée en vigueur de l'EPRD permet avant son renouvellement de répondre à l'obligation légale.

Dans le cas contraire, la satisfaction de l'obligation légale sera acquise lors du renouvellement du CPOM (passage d'un CPOM de droit commun du L. 313-11 du CASF au CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du CASF).

Les établissements et services soumis à obligation qui ne sont pas déjà inclus dans le périmètre d'un CPOM

Il conviendra de programmer l'entrée dans la contractualisation de ces ESMS dont les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

À noter : l'article 91 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 26 janvier 2016, prévoit la mise en œuvre progressive du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD. Cette mesure vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par ces structures, sous certaines conditions. Le CPOM permettant un fonctionnement avec une dotation globalisée commune, le fonctionnement en dispositif intégré n'a alors aucune incidence sur la tarification et la facturation. La priorisation de la signature des CPOM avec les gestionnaires des ITEP et des SESSAD volontaires à s'inscrire dans le dispositif intégré constituerait une opportunité afin de faciliter le déploiement du dispositif.

*
* *
*

SECONDE PARTIE

LA MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE LA CONTRACTUALISATION ET SON SUIVI

Dans le cadre de son programme de travail, l'ANAP a publié un « kit méthodologique »¹⁷ relatif à la contractualisation à destination de l'ensemble des acteurs (agences régionales de santé, conseils départementaux, organismes gestionnaires, établissements et services...) portant sur les secteurs personnes âgées et personnes en situation de handicap. Pour alimenter son contenu, l'ANAP a tout d'abord réalisé un état des lieux des CPOM. Elle a lancé, en février 2015, en lien avec la DGCS, le secrétariat général chargé des affaires sociales et la CNSA, une enquête visant à recenser les CPOM signés par les ARS et à en connaître leurs caractéristiques. Par ailleurs, l'ANAP a rencontré des acteurs du secteur afin d'identifier les freins et les leviers à la signature des CPOM ainsi que leurs attentes en termes d'appui méthodologique. L'ANAP a réalisé fin 2015/début 2016, une dizaine de visites sur site afin de connaître les pratiques du terrain et de réaliser différents entretiens avec des organismes gestionnaires impliqués dans un CPOM.

À partir de ces retours d'expérience, un groupe de travail restreint réunissant quelques ARS et un conseil départemental s'est rencontré à 3 reprises en 2016 (avril, mai et juin) afin de valider des enseignements relatifs à la méthodologie de contractualisation. Dans le cadre de la mission relative à la mise en œuvre de la réponse accompagnée pour tous, un atelier de travail spécifique a été organisé le 17 juin en lien avec la CNSA et le SGMAS autour des spécificités du CPOM dans le champ du handicap. Les éléments recueillis dans ce cadre ont aussi servi à alimenter la réflexion et le guide. Les fédérations ont été associées à la démarche et un groupe de travail en juillet 2016 leur a été consacré. Enfin, un séminaire a été organisé en septembre 2016 avec l'ensemble des parties prenantes, dont le principal objet était de partager le contenu du guide, de l'alimenter grâce aux réflexions des différents ateliers et de valider et les grandes orientations qui y sont faites.

Le kit est composé des documents suivants :

- un guide méthodologique d'appui à la contractualisation apportant des éléments concrets sur les enjeux de la contractualisation et sur ses différentes étapes afin d'accompagner les parties prenantes du CPOM dans cette démarche ;
- une annexe relative à l'état des lieux de la contractualisation dans le secteur médico-social au 31 décembre 2014 afin de proposer un état d'avancement de la démarche de contractualisation ;
- une annexe relative aux retours d'expériences de CPOM signés par des organismes gestionnaires afin de valoriser les méthodes utilisées ;
- des outils pratiques permettant de mettre en œuvre la démarche.

Le kit méthodologique et la présente instruction ont fait l'objet d'un travail conjoint entre l'ANAP et la DGCS afin de s'assurer de leur articulation. La partie suivante détaille ainsi les modalités de mise en œuvre de l'arrêté fixant le cahier des charges CPOM. Le guide de l'ANAP précise de nombreux points de cette partie sur l'aspect méthodologique. Je vous invite donc à vous y référer pour conduire les travaux en région.

Il convient de formaliser une procédure de négociation, de suivi et de renouvellement des CPOM avec les conseils départementaux de vos territoires de compétences afin de fluidifier les échanges et faciliter la mise en œuvre des CPOM : organisation en mode projet, calendrier global de signature et renouvellement des CPOM, formalisation des circuits de validation et des circuits de signature des différents documents.

¹⁷ Le kit méthodologique est accessible au lien suivant : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/negocier-et-mettre-en-oeuvre-les-cpom-dans-le-secteur-medico-social-guide-methodologique-dappui-a-la-contractualisation/>

2.1. L'élaboration du CPOM

Les situations et les cas de figure peuvent varier d'un CPOM à l'autre (caractère mono ou pluri-établissements, mono ou pluriactivités, situations financières des ESMS...). Compte tenu du nombre très important de CPOM qu'il vous incombe de signer les prochaines années, il est essentiel de vous appuyer sur les différents outils existants et vos propres expériences en la matière. Il importe pour chaque négociation d'établir un rétro planning et de s'y tenir pour la réalisation des différentes étapes.

a) Le bilan partagé : un préalable à réaliser avec soin

La première étape consiste en la réalisation d'un diagnostic préalable partagé entre les acteurs, de l'ensemble des structures de l'organisme gestionnaire susceptibles d'être intégrées au périmètre du CPOM. Il convient, eu égard au temps de réalisation des diagnostics des CPOM existants, de définir au préalable, quels sont les attendus de ce diagnostic et de déterminer des priorités.

Pour vous aider à le réaliser, vous pouvez notamment vous appuyer sur la synthèse et/ou l'abrégé réalisés dans le cadre de la procédure d'évaluation externe. Je propose d'annexer au CPOM l'abrégé de l'évaluation externe. Il est aussi loisible d'adjoindre une synthèse, lorsqu'elle a été réalisée, si elle n'est pas trop volumineuse et présente un intérêt particulier.

Vous êtes invités à consulter au sein du kit méthodologique de l'ANAP, l'outil de recensement de l'ensemble des données mobilisables à la réalisation d'un diagnostic. En effet, beaucoup d'éléments sont déjà disponibles et il convient de les compiler, plutôt que de demander de nouveaux éléments aux établissements et services.

b) Les moyens engagés : forfaits, financements complémentaires prévus par l'article 58, affectation des résultats dans le cadre du CPOM EHPAD – financements et affectation des résultats pour le CPOM prévu au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA)

La publication de l'arrêté CPOM s'accompagne de la publication de deux décrets¹⁸ et de plusieurs arrêtés relatifs à la tarification des établissements soumis à la contractualisation obligatoire.

L'obligation pour les établissements et services relevant des articles IV *ter* du L. 313-12 et L. 313-12-2 du CASF de signer un CPOM s'accompagne d'une rénovation du cadre budgétaire et comptable, désormais présenté sous forme d'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Le gestionnaire doit adapter ses dépenses aux recettes qui lui seront notifiées dans le cadre du CPOM et il doit en optimiser la gestion.

Concernant les EHPAD/PUV

Il est instauré une tarification à la ressource pour l'ensemble des EHPAD et des petites unités vie tarifées au GMPS et à compter du 1^{er} janvier 2017, les structures concernées verront leur dotation soins portée à leur valeur de référence, selon un rythme étalé sur sept ans.

Ainsi, à terme, les EHPAD/PUV tarifées au GMPS percevront :

- un forfait global relatif aux soins comprenant un forfait résultant d'une équation tarifaire qui restitue le niveau de dépendance et le besoin en soins requis des résidents et des financements complémentaires ;
- un forfait dépendance, également automatique et opposable, qui repose sur le niveau de dépendance des résidents ;
- des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement.

Le CPOM devra cependant intégrer certains éléments pluriannuels budgétaires notamment le montant prévisionnel des financements complémentaires et préciser les modalités d'affectation des résultats.

S'agissant des petites unités de vie (PUV), leurs modalités de tarification doivent être précisées dans le CPOM. Pour les soins, soit elles sont tarifées au GMPS, soit elles dérogent à cette tarification, conformément aux dispositions de l'article D. 313-17 du CASF en bénéficiant d'un forfait soins ou en ayant recours à un SSIAD. Cette modalité de tarification est valable durant la durée du CPOM mais est révisable lors de son renouvellement sous réserve de l'accord des autorités de tarification (ARS et/ou PCD).

¹⁸ Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ; Décret n°2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Enfin, le périmètre du CPOM « EHPAD » pouvant être pluriactivités, il vous appartient de préciser les éléments pluriannuels du budget relevant des autres activités financées dans le cadre du CPOM. L'affectation des financements en cours d'exécution doit respecter l'absence de fongibilité entre les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ».

Concernant le CPOM visé au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF (ESMS-PH, SSIAD et AJA)

Les établissements inclus par le CPOM visé à l'article L. 313-12-2 du CASF perçoivent au titre de l'article R. 314-105 du même code, une dotation globale calculée dans les conditions prévues à l'article R. 314-40.

Vous opterez pour une méthodologie de construction des dotations globales initiales qui garantit le respect de votre dotation régionale limitative. Le CPOM prévoit le mode d'évolution de la dotation, dont les possibilités sont énumérées à l'article R. 314-40 du CASF (application directe aux ESMS concernés du taux d'évolution des DRL, formule fixe d'actualisation ou revalorisation ou encore conclusion d'avenants annuels précisant l'actualisation ou la revalorisation).

Concernant les établissements et services tarifés en prix de journée avant l'établissement du contrat, vous veillerez à calibrer la dotation globale initiale en prenant pour base le niveau de charges reconductibles avec neutralisation des recettes en atténuation (jusqu'à là divisé par le nombre de journées prévisionnelles pour obtenir le prix de journée). Vous prendrez également en compte le niveau de charges réelles et le montant effectivement facturé à l'assurance maladie sur les trois années précédentes comme critère de majoration ou de minoration de cette base, dans la limite des marges de manœuvre permises par votre dotation régionale limitative.

Lorsque l'établissement ou le service relève du 2° du I de l'article L. 312-1 du présent code et qu'il accueille régulièrement des jeunes adultes handicapés bénéficiant des dispositions de l'article L. 242-4 du CASF, la dotation globale initiale est modulée tous les ans en fonction des produits à la charge des conseils départementaux sur l'exercice précédent (XVI de l'article R. 314-105 du CASF).

À noter : l'article 89 de la LFSS pour 2017 introduit la possibilité de prévoir dans le CPOM un mécanisme de modulation de la dotation globale en fonction d'objectifs d'activité, dont les modalités feront l'objet d'un décret.

Dispositions communes au CPOM « EHPAD » et au CPOM de l'article L 313-12-2 du CASF concernant l'affectation des résultats

Affectation des résultats par l'organisme gestionnaire

Dans le cadre des CPOM prévus aux articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2, le principe retenu est celui de la définition des modalités d'affectation du résultat dans le CPOM par la ou les autorités de tarification. Ainsi, le gestionnaire procède à l'affectation des résultats selon des modalités définies dans le CPOM en lien avec ses objectifs.

L'article R. 314-43 du CASF dispose que le CPOM peut prévoir le maintien de reprise de résultat sous la forme d'un report à nouveau excédentaire en diminution du tarif sur lequel cet excédent est constaté ou de l'exercice qui suit. Si cette exception est mise en œuvre vous devez tenir compte de l'activité et des perspectives financières des établissements et services dans votre politique de résultat notamment au regard d'un projet d'investissement qui justifierait la constitution d'une capacité d'autofinancement importante par l'établissement ou le service.

Dans l'hypothèse où le maintien des résultats serait prévu dans le CPOM désigné à l'article L. 313-12-2, vous veillerez à préciser que ces modalités sont applicables sous réserve du respect des dispositions de l'article L314-5 du CASF.

En revanche, les modalités de financement du forfait global de soins définies à l'article L. 314-2 interdisent de prévoir une reprise de résultat sur les structures financées par l'équation GMPS. En conséquence, cette disposition n'est pas applicable aux EHPAD/PUV tarifées au GMPS qui bénéficient désormais d'une allocation de ressources objectivée, les éventuels déficits ou excédents ne seront donc plus repris, à l'exception des exercices 2017 et 2018.

Périmètre de l'affectation des résultats

Le principe général est que l'affectation des résultats se fasse au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement ou service. Cependant, ensuite les résultats sont affectés de manière globale puisque le bilan est commun au périmètre des structures du CPOM et donc de l'EPRD en règle générale (R. 314-234 du CASF). Cela signifie cependant pour les établissements cofinancés (et les EHPAD notamment) que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais sur le résultat du compte de résultat de l'établissement qui n'est plus subdivisé en section. À ce titre, pour

les établissements privés, le CPOM peut prévoir que l'affectation des résultats se fasse entre les différents compte de résultats de l'EPRD c'est-à-dire entre les différents établissements et services compris dans le périmètre du CPOM (d'après les dispositions de l'article R. 314-235). Dans ce cas, il y a une totale fongibilité des affectations de résultats entre les établissements d'un même CPOM, le résultat étant global au niveau de l'EPRD. Pour les établissements publics cette dérogation n'est pas prévue car elle n'est pas nécessaire. Un seul bilan comptable est établi au niveau de l'entité juridique. Il n'y a pas de bilan pour le budget principal et le budget annexe, il ne peut donc pas y avoir de transfert entre ces bilans qui forment déjà un seul et même bilan.

Enfin, les EHPAD relevant des dispositions de l'article L. 342-1 du CASF, demeurent l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les tarifs soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement.

c) Le périmètre du CPOM et de l'EPRD¹⁹

L'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), en tant que cadre budgétaire le plus adapté à un mode de tarification à la ressource, est mis en place, selon des modalités différenciées selon les types d'établissements et services. Le périmètre de l'EPRD est variable selon le statut des organismes gestionnaires ainsi que selon les catégories d'établissements et services gérés. En complément, je vous invite à vous référer à l'instruction relative à la mise en œuvre du décret modifiant dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF.

Pour l'établissement public, entité juridique, un EPRD est produit comprenant l'ensemble de ses activités, qu'elles soient concernées par l'EPRD obligatoire ou pas, qu'elles entrent dans le champ de l'article L. 312-1 ou pas et quels que soient les établissements et services inclus dans son CPOM (ou ses CPOM si du fait de ses activités, il peut s'inscrire dans plusieurs dispositifs contractuels).

S'agissant des ESMS relevant d'un établissement public de santé les documents prévus ne sont qu'à visée tarifaire (pas d'EPRD, mais un état prévisionnel des charges et des produits – EPCP). Le périmètre de cet EPCP est nécessairement celui du CPOM puisqu'un EPRD sanitaire incluant déjà tous les budgets annexes est produit par ailleurs.

Pour les établissements et services publics rattachés à une collectivité : le centre communal d'action sociale (CCAS) doit produire un CRPP pour chacun des établissements et services qu'il gère, sous la forme de l'onglet CRPP ou CRPA non soumis à l'équilibre du cadre EPRD de droit commun, et ne devra pas produire pour chacun d'entre eux tous les onglets financiers.

A contrario, dans le secteur privé, commercial ou non lucratif, le périmètre de l'EPRD est *minima* celui du CPOM. Mais il peut couvrir l'ensemble des établissements et services gérés par l'entité gestionnaire relevant du même périmètre géographique que celui du CPOM (au maximum régional), dans le cadre d'un CPOM « EHPAD » multi-activités relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12. Vous noterez que dans le cas où un tel CPOM a été signé par un organisme gestionnaire en 2016, les établissements et services inclus dans ce CPOM devront tous figurer dans l'EPRD dès l'exercice 2017. De ce fait, il est possible que des ESMS-PH, des AJA ou des SSIAD/SPASAD soient concernés par l'EPRD dès l'exercice 2017.

Plus spécifiquement concernant les EHPAD et les PUV, en attente de la signature du CPOM prévu par le IV *ter* de l'article L. 313-12, l'EPRD à présenter dès l'exercice 2017, regroupe les EHPAD et les PUV d'un même organisme gestionnaire du même périmètre géographique (au maximum départemental). Cette disposition transitoire s'applique quel que soit le statut de l'entité gestionnaire ainsi qu'aux entités qui contrôlent les sociétés détenant les autorisations des EHPAD.

d) La définition d'objectifs en nombre resserré et assortis d'indicateurs d'ores et déjà disponibles

L'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement dispose que le CPOM « définit des objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge, d'accompagnement et d'intervention d'établissements de santé exerçant sous la forme d'hospitalisation à domicile, y compris en matière de soins palliatifs ».

Dans le cadre de l'arrêté du 3 mars 2017 parti a été pris de ne pas lister des objectifs spécifiques mais plutôt des thématiques qui pourraient faire l'objet d'objectifs contractualisés²⁰, parmi

¹⁹ Cf. instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application, consultable au lien suivant : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41410>

²⁰ Les objectifs sont précisés à l'article 3 du modèle de CPOM. Citons, par exemple, l'expression et la participation individuelle et collective des résidents, le développement de la qualité de prise en charge etc.

lesquels figurent ceux imposés par la loi afin de permettre aux acteurs de personnaliser le CPOM pour qu'il réponde aux besoins identifiés localement. En effet, selon le périmètre du CPOM, il appartient aux autorités ayant délivré l'autorisation de définir en concertation avec le gestionnaire des objectifs qui sont propres aux établissements et services liés au CPOM. Ces objectifs peuvent d'une part revêtir différents axes autour de la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement et d'autre part, comporter des objectifs en termes de restructuration, de mutualisation ou de réorganisation de l'offre sur le territoire. Ceux-ci ont vocation à s'appuyer notamment sur les résultats des évaluations externes. Le CPOM doit également prévoir des objectifs en termes d'activité réalisée, notamment en ce qui concerne le champ du handicap, le passage du prix de journée à la dotation globale pouvant entraîner un ralentissement de l'activité.

En termes de méthodologie, je vous invite à définir un nombre limité d'objectifs afin de permettre aux gestionnaires d'y répondre pleinement. Une annexe devra synthétiser l'ensemble des objectifs et indicateurs retenus. Le modèle de contrat type proposé vous invite à vous appuyer prioritairement sur les indicateurs du tableau de bord de la performance (dont la généralisation est prévue à échéance de la fin de l'année 2018), les indicateurs produits par l'ANESM dans le cadre de son enquête bientraitance et tout indicateur construit localement. Je vous invite néanmoins à limiter le nombre d'indicateurs que vous souhaitez suivre et que l'évaluation du CPOM soit conduite à partir d'un nombre d'indicateurs restreint et selon des modalités définies dans le cadre contractuel.

Au sein des évaluations internes réalisées par l'organisme gestionnaire et des évaluations externes réalisées par des organismes habilités par l'ANESM pour chacun des établissements et services de votre territoire, vous disposez d'un ensemble d'informations relatives à la capacité de la structure à répondre à l'ensemble des normes qui s'imposent à elle. Il est indispensable qu'avant toute conclusion de CPOM, vous vous assuriez que les établissements et services relevant du CPOM y répondent (outils de la loi du 2 janvier 2002, décret relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des EHPAD, annexe relative à la liberté d'aller et venir...). De même, les établissements et services doivent répondre à des normes d'accessibilité et de sécurité incendie (normes ERP de type J ou de type U). Il est vivement conseillé que vous soit transmis le dernier procès-verbal de la commission d'accessibilité et de sécurité. Je recommande de ne pas contractualiser sur ces normes et obligations qui doivent être remplies par les organismes gestionnaires indépendamment de toute contractualisation. Cependant, de manière ponctuelle, le renforcement de la mise en œuvre d'une ou plusieurs normes peut faire l'objet d'un des objectifs du CPOM notamment si le PGFP est impacté.

S'agissant de l'hospitalisation à domicile, je vous informe qu'une évaluation de l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social a été réalisée conformément à l'instruction n° DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les ESMS avec hébergement. Cette dernière préconise notamment de faire évoluer les restrictions d'indication lorsque l'HAD intervient en EHPAD, d'associer les équipes soignantes (HAD et ESMS) dans l'élaboration de la convention d'intervention, ou encore de développer des actions de communication visant à mieux faire connaître l'HAD aux acteurs des secteurs social et médico-social. De même, un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (Mecss) de l'Assemblée nationale portant sur l'HAD préconise un certain nombre de mesure pour développer l'HAD, y compris dans les ESMS avec hébergement. À ce titre, je vous informe qu'un arrêté du 19 janvier 2017²¹ lève les restrictions encadrant le recours à l'HAD en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à compter du 1^{er} mars 2017.

Enfin, s'agissant de l'accompagnement en fin de vie, le plan soins palliatifs 2015/2018 a pour ambition d'encourager l'appropriation de la démarche palliative notamment dans les ESMS pour permettre une prise en charge de proximité. L'élaboration du CPOM représente une opportunité pour intégrer des objectifs en matière de qualité de prise en charge en soins palliatifs dans les EHPAD.

e) Qui négocie, qui signe le CPOM ? Les cas particuliers

L'esprit de la loi ASV est de passer d'une contractualisation par « établissement » unique (CTP) à une logique plurielle en incluant dans le CPOM l'ensemble des ESMS d'un même gestionnaire.

Mais, dans sa définition initiale, le CPOM est signé avec le titulaire de l'autorisation d'exploitation de l'EHPAD. Or, les groupes privés commerciaux sont souvent organisés en un système pyramidal de

²¹ Arrêté du 19 janvier 2017 portant abrogation de l'arrêté du 16 mars 2007 modifié fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique (*Journal officiel* du 26 janvier 2017).

sociétés, celles situées à la base de la pyramide sont titulaires de l'autorisation qu'elles exploitent et sont contrôlées économiquement par une société mère. Dans ce cadre, elles ne pouvaient signer de CPOM pluri-EHPAD et la souplesse de gestion induite par le CPOM aurait été alors fortement limitée.

Pour aller au bout de la logique de la réforme, l'article 89 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de la LFSS pour 2017 modifie le 1^{er} alinéa du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF pour permettre aux groupes de signer un CPOM pluri EHPAD, *a minima*, au niveau départemental²². Cette mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Il convient de préciser que cette faculté ne prévaut que pour le CPOM « EHPAD » du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

Pour tenir compte de cette évolution, le modèle de contrat annexé à l'arrêté précise que les signataires du CPOM « EHPAD » sont les suivants :

- le directeur général de l'ARS ;
- le président du conseil départemental ;
- la personne habilitée à signer le CPOM conformément aux dispositions du IV *ter* A de l'article L. 313-12 du CASF.

Par ailleurs, quelques situations exceptionnelles peuvent aussi être envisagées :

- la nomination d'un administrateur provisoire, conformément aux dispositions de l'article L. 313-14 du CASF.

À noter : l'article L. 313-14-1 du CASF précise que lorsque la situation financière d'un ESSMS fait apparaître un déséquilibre financier significatif et prolongé ou lorsque sont constatés des dysfonctionnements dans la gestion de ces établissements et de ces services, l'autorité de tarification compétente adresse à la personne morale gestionnaire une injonction de remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés et de produire un plan de redressement adapté. Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu aux articles L. 313-11, L. 313-11-1, L. 313-12 et L. 313-12-2. S'il n'est pas satisfait à l'injonction, ou en cas de refus de l'organisme gestionnaire de signer la convention susmentionnée, l'autorité de tarification compétente peut désigner un administrateur provisoire de l'établissement pour une durée qui ne peut être supérieure à une période de six mois renouvelable une fois. Ce dernier accomplit pour le compte d'un ESSMS les actes d'administration urgents ou nécessaires.

Dans le cadre d'opérations de fusions ou de transferts d'autorisation, quel est le périmètre du CPOM ? La règle de la signature du CPOM par le détenteur de l'autorisation prévaut. Ainsi, il convient que les procédures d'autorisation des ESSMS aient abouti pour que ces derniers soient intégrés de manière effective au périmètre du CPOM, par voie d'avenant si un CPOM est en cours de validité.

À noter : la cession d'une autorisation a des effets sur les contrats en cours liés à l'activité des établissements et services. Toutefois, elle n'emporte pas transfert automatique de ces contrats. Le transfert du CPOM doit en cas de cession d'autorisation faire l'objet d'un traitement particulier de la part du cédant et du cessionnaire. Les CPOM devront donc en cas de cession d'autorisation faire l'objet d'une cession accessoire à la cession de l'autorisation sociale et médico-sociale et à ce titre être intégré d'un commun accord des parties dans le protocole de cession de l'autorisation, au moyen le cas échéant d'une clause de substitution. En effet, la conclusion de contrats se faisant en principe *intuitu personae*, le cessionnaire et le cédant devront prévoir une convention accessoire ou le cas échéant, une clause spécifique ayant pour objet la cession du CPOM.

Il incombera aux autorités compétentes, dans le cadre d'un contrôle préalable de s'assurer des capacités techniques et financières ainsi que de la pertinence du projet de reprise du cessionnaire. Il s'agira en d'autres termes, de vérifier, au moyen d'un dossier de demande de cession, la capacité du cessionnaire à poursuivre l'activité conformément aux conditions posées dans l'autorisation initiale du cédant.

²² Nouvelle rédaction du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF : « La personne physique ou morale qui gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II conclut un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé concernés. La personne morale qui exerce un contrôle exclusif, tel que défini au II de l'article L. 233-16 du code de commerce, peut conclure ce contrat pour le compte des sociétés contrôlées qui gèrent un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionné aux I ou II. Lorsqu'une personne physique ou morale visée à l'alinéa précédent gère ou contrôle plusieurs de ces établissements situés dans le même département, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est conclu pour l'ensemble de ces établissements entre la personne physique ou morale, le président du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé. Sous réserve de l'accord des présidents de conseils départementaux concernés et du directeur général de l'agence, ce contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens peut inclure les établissements situés dans d'autres départements de la même région. »

f) La désignation dans le CPOM de la caisse pivot qui verse la dotation globalisée et de la personne qui la perçoit

Un projet de décret modifiant le code de la sécurité sociale est en cours de rédaction. Il intègre des dispositions de coordination en application des réformes menées sur le champ médico-social et introduites par l'article 58 de la loi ASV, les articles 74 et 75 de LFSS pour 2016 et l'article 45 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Il est prévu ainsi que le CPOM procèdera à la désignation de la personne qui percevra la dotation globalisée en ayant ensuite la charge de la répartir entre les différents établissements et services du CPOM. Il ne peut s'agir que de la personne signataire du CPOM ou le cas échéant, d'une des structures couvertes par le contrat. La caisse pivot sera, dès lors, celle située sur la circonscription d'implantation de la personne perceptrice.

g) La présentation du CPOM aux CVS et aux instances représentatives du personnel

Le CPOM ayant une incidence tant pour les résidents que pour les personnels des ESMS notamment s'agissant de l'organisation du travail, il convient de veiller à ce que l'organisme gestionnaire le présente au conseil de la vie sociale mais aussi aux instances représentatives du personnel.

1. Le conseil de la vie sociale (CVS)

Il convient de rappeler les dispositions de l'article D. 311-15 du CASF qui dispose que : « Le conseil donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. » Le contenu du CPOM doit donc faire l'objet d'une présentation aux membres du CVS.

Pour faciliter cette mise en œuvre, il convient de souligner les dispositions de l'article D. 311-3 du CASF qui précise que « lorsque plusieurs établissements ou services sociaux ou médico-sociaux sont gérés par une même personne publique ou privée, une instance commune de participation peut être instituée pour une même catégorie d'établissements ou de services, au sens de l'article L. 312-1 ». Ainsi, un seul CVS pourrait être réuni pour une même catégorie de structure au sein du périmètre du CPOM.

2. Les instances représentatives du personnel

Le gestionnaire veillera, selon des modalités qu'il lui appartient de définir, à ce que les instances représentatives du personnel soient consultées conformément aux dispositions existantes et notamment quand le CPOM impacte l'organisation du travail au sein des structures et services concernés.

2.2. Le suivi du CPOM

La négociation comme le suivi du CPOM sont des étapes incontournables. Les changements de personnes chargées de la négociation, du suivi et du renouvellement des CPOM tant du côté des autorités de tarification que des organismes gestionnaires peuvent rendre difficile le suivi des engagements réciproques dans le temps. Je vous invite donc à définir des procédures pour les différents CPOM qui devront assurer la traçabilité des décisions prises.

a) Le suivi du CPOM : articulation avec l'examen annuel de l'EPRD, contenu et périodicité des revues des objectifs et dialogues de gestion

Il convient de distinguer deux processus distincts : le suivi et l'évaluation du CPOM du suivi annuel des objectifs du CPOM et notamment de l'activité, dans le cadre de la procédure de clôture de l'exercice [(examen de l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD))].

- Il a donc été acté que se tiennent deux dialogues de gestion pendant la durée de validité du CPOM :
- un dialogue de gestion à mi échéance du CPOM (dans la même temporalité que les coupes PATHOS et AGGIR) ;
 - un dialogue de gestion lors du renouvellement du CPOM.

Afin de vous permettre cependant de suivre l'évolution de l'activité des structures du CPOM sera joint à la clôture de chaque exercice, un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD) comportant notamment le cadre normalisé de l'ERRD mais aussi un rapport financier et d'activité portant d'une part sur l'exécution budgétaire de l'exercice considéré et d'autre part sur l'activité et le fonctionne-

ment des établissements et services, au regard notamment des objectifs du CPOM. Ainsi, annuellement, il vous sera possible de disposer d'éléments vous permettant d'apprécier l'atteinte des objectifs du CPOM.

Il convient de souligner que faculté est offerte de pouvoir tenir un dialogue de gestion supplémentaire lors de la quatrième année d'exécution ou à tout moment en cas de situation financière dégradée. La remontée des indicateurs dans le cadre de l'ERRD d'une part et dans le cadre du suivi du tableau de bord de la performance, dont la généralisation est prévue pour 2018, d'autre part, peuvent vous permettre d'appréhender la situation de chaque ESMS ou de l'ensemble des structures du périmètre du CPOM.

b) Les modifications du CPOM par voie d'avenants

Une révision du CPOM peut être réalisée en cours d'exécution, compte tenu des conclusions des dialogues de gestion ou des saisines exceptionnelles. Ainsi, diverses situations peuvent entraîner la conclusion d'avenants, comme par exemple :

Changement du périmètre du CPOM en cours d'exécution (ajout/retrait d'ESMS)

Bien que le périmètre du CPOM fasse l'objet d'échanges dès le début de sa négociation, il n'est pas exclu que l'organisme gestionnaire souhaite élargir ou modifier son périmètre, notamment suite à l'obtention d'une nouvelle autorisation. Il convient alors de déterminer les objectifs assignés. (Si des objectifs sont transversaux entre les différents établissements et services, il convient d'y inclure le nouvel entrant mais également de lui assigner quelques objectifs qui pourront être poursuivis à l'aune d'un nouveau contrat).

Comme évoqué plus haut, le gestionnaire peut avoir eu à négocier des CPOM sur plusieurs champs.

Modification du statut du CPOM pour les CPOM relevant des dispositions de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA) relevant historiquement de l'article L. 313-11 du CASF

Comme évoqué précédemment, les ESMS relevant d'un CPOM au titre de l'article L. 313-11 du CASF, signé avant le 1^{er} janvier 2016, doivent conclure un avenant pour répondre à l'obligation légale prévue à l'article L. 313-12-2 du CASF. Il convient de souligner que cet article dispose que ce contrat définit, d'une part, des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge et d'autre part, entraîne l'application d'une tarification selon des modalités définies par décret en Conseil d'État, c'est-à-dire une tarification à la ressource et la mise en place de l'EPRD. Ainsi l'avenant devra comporter les deux aspects pour satisfaire à l'obligation.

Changement d'option tarifaire pour les EHPAD

Je vous rappelle que le décret n° 2014-652 du 20 juin 2014 relatif aux tarifs global et partiel applicables aux EHPAD précise les conditions de changement d'option tarifaire (cf. article R. 314-167 du CASF). Il s'agit de mieux réguler le changement d'option tarifaire, afin de maîtriser ses conséquences tant sur la dépense d'assurance maladie que sur la qualité et l'efficacité du système de santé. Si l'initiative du changement d'option tarifaire relève toujours de l'établissement, la demande de changement est soumise à l'accord du directeur général de l'ARS. Cet accord est conditionné d'une part, à la disponibilité des crédits dans la dotation régionale limitative ainsi qu'au respect des objectifs régionaux fixés dans le projet régional de santé.

Lors de la négociation des CPOM, il est possible que le gestionnaire gère plusieurs EHPAD aux options tarifaires différentes. Le CPOM peut prévoir le passage au tarif au global d'un ou plusieurs EHPAD en cours d'exécution de celui-ci. Comme l'a indiqué la circulaire budgétaire du 22 avril 2016²³, les établissements au tarif partiel avec pharmacie à usage intérieur demeurent à privilégier.

Prorogation d'une année supplémentaire du CPOM

La durée initiale du CPOM est fixée à 5 ans. Si le CPOM ne peut être renouvelé après ces 5 ans d'exécution, il est prorogé de fait d'une année supplémentaire. Enfin, si les conditions ne sont toujours pas réunies pour que le CPOM soit renouvelé à l'issue de ces six années, il vous est loisible de conclure un avenant d'un an pour proroger et sécuriser juridiquement le CPOM.

En effet, compte tenu du retour d'expérience sur le renouvellement des CTP, il a été proposé la transposition de la disposition permettant de proroger d'un an la CTP sans conclusion d'un avenant au modèle type de CPOM. Cette disposition est offerte pour sécuriser les CPOM dont le renouvellement peut prendre plus de temps que prévu mais aussi à prendre en compte les circuits de

²³ Circulaire n° DGCS/SD5C/DSS/CNSA/2016/126 du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées (accessible sur le lien suivant : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/04/cir_40841.pdf).

signature des CPOM qui peuvent parfois être longs. Enfin, la faculté de proroger le contrat d'un an par avenant doit rester une exception et ne saurait devenir la règle. En effet, c'est une souplesse qui est accordée pour prendre en compte certaines situations rendant difficile le renouvellement du CPOM. Ainsi, il vous appartient de veiller, en routine, à ce que la durée moyenne des contrats soit de 5 ans.

Modification des conditions d'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale en cours d'exécution du CPOM

L'organisme gestionnaire dispose de plusieurs alternatives pour modifier les conditions d'accueil des bénéficiaires de l'aide sociale, telles que l'habilitation partielle ou totale conformément aux dispositions de l'article L. 313-8-1 du CASF ou encore le conventionnement d'aide sociale prévu à l'article L. 342-3-1, en accord avec le ou les conseils départementaux dont il relève.

Cette évolution, visant à mieux adapter l'activité des EHPAD au public effectivement accueilli, doit faire l'objet d'un avenant au CPOM, prévoyant initialement des conditions d'habilitation différentes.

Mise en place d'un plan de redressement ou d'un plan de retour à l'équilibre financier en cours d'exécution du CPOM

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-14-1 du CASF, lorsqu'un déséquilibre financier significatif persistant ou des dysfonctionnements dans la gestion des ESMS gérés par un organisme gestionnaire privé non lucratif sont constatés, l'autorité de tarification compétente doit adresser à ce dernier une injonction d'y remédier dans un délai qu'elle fixe. Les modalités de retour à l'équilibre font obligatoirement l'objet d'un avenant au CPOM (relevant des articles L. 313-11, IV *ter* du L. 313-12 ou L. 313-12-2 du CASF).

c) Le renouvellement du CPOM

Un dernier dialogue de gestion doit se tenir à échéance du CPOM. Il a vocation à dresser le bilan du CPOM écoulé mais aussi à aider à la formalisation du diagnostic partagé du futur CPOM. L'ensemble de ces étapes pouvant prendre beaucoup de temps, il est recommandé, dans la mesure du possible d'anticiper les délais inhérents au renouvellement lors de la dernière année.

2.3. Les outils pour faciliter la mise en place de la réforme

Il convient de souligner que toutes les régions ont connu des difficultés pour conclure les CTP en temps et en heure : mobilisation insuffisante de certains crédits de médicalisation eu égard à certains projets, difficultés à trouver un compromis entre l'ensemble des parties, retard lié à l'accumulation de CTP à renouveler, etc. Conscient de l'ensemble des blocages identifiés jusqu'alors, il a paru opportun de définir en premier lieu, un modèle de contrat type de CPOM assez souple pour permettre une appropriation rapide tout en disposant de la faculté de l'adapter. Pour faciliter la mise en œuvre de ces différents chantiers (réforme contractualisation, forfaitisation des dotations et passage à l'EPRD) différentes instructions et guide ont vocation à expliciter le nouveau cadre réglementaire, budgétaire et comptable des ESMS soumis à l'EPRD. Ils ont vocation à vous accompagner au cours de la période transitoire. Enfin, un système d'informations sera déployé à compter de 2018 « eCars » pour faciliter la mise en œuvre et le suivi des CPOM.

a) Le tableau de bord de la performance

Afin de vous accompagner dans la mise en œuvre de ces dispositions, le tableau de bord de la performance du secteur médico-social dont le déploiement est assuré par l'ANAP en lien avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) permet notamment de doter les structures d'un outil de pilotage interne et de comparaison avec des structures de mêmes caractéristiques. Il contribue à améliorer la connaissance de l'offre sur le territoire en construisant la première base de données du secteur médico-social. Enfin, en lien avec la généralisation des CPOM, le tableau de bord de la performance du secteur médico-social structure les échanges, objective le dialogue et favorise les démarches de contractualisation (réalisation du diagnostic, suivi des objectifs...).

Cet outil qui comporte des données financières, de ressources humaines et d'activité, est en cours de généralisation auprès des établissements et services du secteur médico-social jusqu'en 2017. Des travaux sont engagés autour de son amélioration et des réflexions seront notamment menées sur la pertinence et la robustesse des indicateurs. Il a vocation à se substituer aux actuels indicateurs réglementaires, ce qui fera l'objet d'une rénovation en 2017 des textes réglementaires applicables.

b) Le système d'informations eCars

Conscient que la généralisation et l'obligation de signer des CPOM pour les ESMS va engendrer une charge de travail importante tant pour les établissements et services que pour les autorités de tarification, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé souhaitent généraliser un système d'information destiné à faciliter l'échange et le partage d'information entre les parties prenantes sur les différentes phases de la vie d'un CPOM (élaboration initiale, évaluation, modification par voie d'avenants ou par prorogation).

Identifié comme un projet prioritaire du schéma directeur du SI des ARS, eCars a pour objectif de devenir l'outil unique de gestion des contrats et conventions liant l'ARS et les offreurs en santé de son territoire.

Actuellement en cours de déploiement sur les CPOM sanitaires, il a vocation à étendre son périmètre à l'ensemble des natures de contractualisation des ARS et donc aux CPOM du secteur médico-social.

eCars est un outil mutualisé de gestion des contrats qui s'adresse :

- à l'ensemble des ressources internes à l'ARS impliquées dans la démarche de contractualisation ;
- aux correspondants chargés de ces travaux au sein des établissements ou des organismes gestionnaires ;
- il sera également accessible par les conseils départementaux qui pourront l'alimenter.

Cet outil permettra de renforcer et accélérer les échanges dématérialisés entre les acteurs et d'automatiser une partie des processus de contractualisation pour dégager ainsi des gains d'efficacité et de qualité dans la mise en œuvre des processus de gestion des CPOM.

Ainsi, l'outil eCars permettra :

- de faciliter la phase de dialogue et d'élaboration des CPOM : permettant d'avoir une vision consolidée d'un établissement. Pour proposer cette vue, l'outil s'appuiera notamment sur les données issues du tableau de bord de la performance du secteur médico-social (avec lequel des travaux d'interface sont prévus) et sur des solutions de partage de document ;
- d'assurer le suivi de l'ensemble des CPOM grâce à des indicateurs ;
- de favoriser l'harmonisation des pratiques de contractualisation au sein de la région et le partage des meilleures pratiques avec les autres ARS ;
- de disposer de données régionales et nationales, tant quantitatives que qualitatives relatives à la contractualisation.

c) Les nomenclatures SERAFIN-PH

La première étape de la réforme de la tarification SERAFIN-PH a permis la validation de deux nomenclatures : la nomenclature des prestations et la nomenclature des besoins. Ces nomenclatures permettent de décrire avec un vocabulaire partagé, d'une part les besoins des personnes et d'autre part les prestations directes et indirectes que les établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap peuvent mettre en œuvre. Leur structuration en domaines (santé, autonomie, participation sociale) tant pour les besoins que pour les prestations directes peut être utile dans le cadre de vos échanges avec les organismes gestionnaires.

ANNEXE 2

LES DIFFÉRENTS CPOM DU SECTEUR SOCIAL ET MÉDICO-SOCIAL

TYPE d'ESSMS concernés	BASE juridique	PÉRIMÈTRE ESSMS de base du CPOM	PÉRIMÈTRE élargi	SIGNATAIRE(S)	OBJET DU CPOM	DURÉE du CPOM	COMMENTAIRES et articulations entre les différents CPOM
tout ESSMS CPOM facultatif	CPOM de droit commun prévu à l'article L. 313-11 du CASF et issu de la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 de rénovation de l'action sociale et médico-sociale	un ou plusieurs ESSMS gérés par un même organisme gestionnaire à l'échelle du département	Peut être élargi à d'autres départements en cas d'accord entre l'ensemble des financeurs voire à des départements d'une autre région.	Entité gestionnaire autorisée et le cas échéant les organismes de sécurité sociale	Atteinte d'objectifs retenus dans le cadre des schémas	5 ans	CPOM de droit commun facultatif volonté des différentes parties pluri établissements pluri annualité budgétaire objectifs en relations avec schéma(s) obligations respectives et moyens nécessaires à leur mise en œuvre
EHPAD/ PUV CPOM obligatoire pour les EHPAD et les PUV	CPOM prévu au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF Pluri établissements EHPAD/PUV Disposition issue de l'article 58 de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV)	Obligatoire un ou plusieurs EHPAD(s) ou PUV gérés par le même gestionnaire sur un territoire d'implantation départementale	Autres ESSMS du même gestionnaire sur le département voire sur plusieurs en cas d'accord entre les acteurs	PCD/DGARS	fixe les obligations respectives des parties signataires et prévoit les modalités de suivi notamment sous forme d'indicateurs. Définit des objectifs en matière d'activités, de qualité de prise en charge d'accompagnement et d'intervention des établissements de santé y compris en matière de soins palliatifs. Il précise le cas échéant la nature et le montant des financements complémentaires.	5 ans	Montée en charge progressive sur 5 ans du 1 ^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2021. Entrée en vigueur de l'EPRD au 1 ^{er} janvier 2017 pour l'ensemble des EHPAD et PUV. CPOM vaut convention à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale. préconisation de l'ier autorisation de frais de siège dans le CPOM pour n'avoir qu'un seul document contractuel autant que faire se peut
Résidence autonomie CPOM facultatif	Prévu au III de l'article L. 313-12 du CASF Disposition récente de la loi ASV	Résidence autonomie (RA)	Si le gestionnaire gère un EHPAD, possibilité de ne conclure qu'un seul CPOM pour l'EHPAD et la RA en cas d'accord entre les ATC	PCD et ARS si la RA perçoit un forfait « soins ».	Perception du forfait autonomie en contrepartie de leurs missions de prévention	5 ans	L'ensemble des RA ont vocation à percevoir le forfait autonomie. CPOM facultatif mais obligatoire pour percevoir le forfait autonomie.

TYPE d'ESSMS concernés	BASE juridique	PÉRIMÈTRE ESMS base	PÉRIMÈTRE élargi	SIGNATAIRE	OBJET du CPOM	DURÉE du CPOM	COMMENTAIRES et articulations entre les différents CPOM
CPOM Service d'aide et accompagnement à domicile (SAAD) CPOM facultatif	Prévu à l'article L. 313-11-1 du CASF de renvoi au CPOM de droits communs du L. 313-11 du CASF Dispositions récentes (articles 46 et 47 de la loi ASV)	SAAD	NON	PCD	favoriser la structuration territoriale de l'offre d'aide à domicile et la mise en œuvre de leur mission au service du public	5 ans	
CPOM expérimentation SPASAD CPOM facultatif	Prévu par décret et arrêté Disposition récente prévue à l'article 49 de la loi ASV	SPASAD expérimentateur	NON	SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le PCD et le DGARS	L'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement d'un SPASAD est subordonnée à la signature d'un CPOM L. 313-11 CASF	2 ans	La signature du CPOM au titre de l'expérimentation peut intervenir jusqu'au 30 juin 2017 pour une durée de 2 ans qui peut être prorogée jusqu'à 5 ans.
CPOM ESMS "personnes handicapées", AJA et SSIAD/ SPASAD prévu par la LFSS pour 2016 (dispositions complétées par la LFSS 2017). CPOM obligatoire	article L. 313-12-2 du CASF IEM, IEP, IEM, EEAP, CMPP, CAMSP et CAFS créés et gérés par ces établissements, SESSAD, les jardins d'accueil spécialisés, BAPU, CRP, CPO, MAS, FAM, SAMSAH et ESAT. Les établissements d'hébergement temporaire du secteur des personnes en situation de handicap sont également concernés, ainsi que les SSIAD/ SPASAD et AJA	2°, 3, 5 et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF, ainsi que les services mentionnés au 6° du même I, relevant de la compétence tarifaire du DGARS et, le cas échéant, de la compétence tarifaire conjointe.	NON	Entité gestionnaire autorisée ayant délivré autorisation (DGARS et le cas échéant PCD)	Amélioration de la qualité de l'accompagnement et des prises en charge. Passage d'une tarification d'un prix de journée à une dotation globale de financement. « ondamisation » des ESAT (article 74 de la LFSS pour 2016).	5 ans	Programmation de la signature de ces CPOM sur 6 ans à compter du 1 ^{er} janvier 2016. Mise en place de l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM
CPOM de structuration de l'offre CPOM facultatif	CPOM prévu à l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé CPOM qui modifie l'article L. 313-9 du CASF et renvoi au CPOM de droit commun	un seul ESSMS	NON	Autorité ayant délivré l'autorisation	Transformation de l'offre suite à une modification ou à la publication d'un nouveau schéma, l'autorité ayant délivré l'autorisation peut demander la conclusion d'un CPOM pour accompagner l'ESSMS à transformer ou modifier son activité.	5 ans	Ce CPOM a pour objet d'accompagner l'établissement ou le service lors de la modification ou de la transformation de son activité. L'habilitation à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou celle de dispenser des soins aux assurés sociaux peut être retirée en cas de non atteinte des objectifs de reconversion ou de transformation après un délai préalablement établi et qui ne peut être inférieur à un an.

ANNEXE 3

LA MISE EN ŒUVRE DU DÉCRET N° 2016-696 DU 27 MAI 2016 RELATIF AUX RÉSIDENCES AUTONOMIE ET PORTANT DIVERSES DISPOSITIONS RELATIVES AUX ESMS POUR PERSONNES ÂGÉES – VOLET CPOM

La présente annexe vise à rappeler brièvement, les enjeux de la modernisation des résidences autonomes opérée par la loi ASV, offre intermédiaire entre le domicile et l'EHPAD avant d'explicitier les modalités de conclusion du CPOM que les résidences autonomie doivent désormais conclure pour bénéficier du forfait autonomie et, le cas échéant, du forfait soins¹.

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) promeut particulièrement le développement de l'offre d'habitats intermédiaires pour apporter une réponse adaptée au besoin d'habitat et de services des personnes âgées et rompre leur isolement. En effet, elles apportent une réponse pertinente aux besoins de diversification des modes d'hébergement pour les personnes âgées et permettent de faire face à l'isolement des personnes âgées valides ou devenues fragiles, à un coût intéressant pour les finances publiques et pour les résidents. Le développement de cette offre constitue donc une perspective plus immédiate pour faire face au choc démographique à venir et les services de l'État doivent être particulièrement mobilisés, en lien avec les collectivités locales, pour assurer le développement des résidences autonomie sur les territoires et la mise en œuvre de la réforme.

La loi a renommé les logements foyers en « résidences autonomie », afin de leur assurer une meilleure visibilité et de les rendre plus attractifs. Tous les logements foyers pour personnes âgées, qui peuvent également accueillir des personnes handicapées, des jeunes travailleurs et des étudiants dans des proportions inférieures à 15 % de leur capacité autorisée, sont devenus des résidences autonomie depuis la publication de la loi.

Pour mémoire, une résidence autonomie est à la fois un établissement social et médico-social relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du CASF et un établissement relevant de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation (CCH) destiné au logement collectif des personnes âgées, à titre de résidence principale, dans des immeubles comportant à la fois des locaux privatifs meublés ou non et des locaux communs affectés à la vie collective.

Les résidences autonomes représentent une offre de plus de 110 000 places installées, réparties dans plus de 2300 structures, qui accueillent très majoritairement des personnes âgées autonomes à l'admission, l'avancée en âge des résidents nécessitant souvent un accompagnement dans un but de préservation de leur autonomie.

Le décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées définit les différentes modalités de mise en œuvre de la nouvelle mission de prévention de la perte d'autonomie des résidences autonomie reconnue et réaffirmée par la loi. Cette mission sera soutenue par un forfait autonomie afin de financer des dépenses non médicales permettant de mettre en œuvre des actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie.

Le montant du forfait autonomie est défini, pour chaque résidence autonomie, par le Conseil départemental ou, le cas échéant, par la métropole, dans le cadre d'un CPOM, en lien avec les priorités de financement définies par la conférence départementale des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Le décret définit également les contours de l'attribution et de l'utilisation de ce forfait autonomie. Ce dernier est financé dans le cadre d'un concours versé annuellement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux conseils départementaux ou, le cas échéant, aux métropoles, en fonction du nombre de places dans les résidences autonomie relevant de leur périmètre au 31 décembre de l'année N-1 inscrit dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

Pour les résidences autonomie bénéficiant d'un forfait soins au sens du IV de l'article L. 313-12 du CASF, le périmètre du CPOM sera élargi aux ARS et deviendra tripartite. Plutôt que de conclure deux CPOM différents pour une même structure, parti a été pris de regrouper les signataires pour ne conclure qu'un seul CPOM.

¹ Cf. Foire aux questions accessible au lien suivant (site intranet du ministère et diffusée aux conseils départementaux par le biais du réseau idéal connaissances) https://paco.intranet.social.gouv.fr/sante/drees/FINESS/dossiers_thematiques/H%C3%A9bergement%20des%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es/Documents/14-09-2016%20Foire%20aux%20questions%20RA.pdf#search=foire%20aux%20questions%20r%C3%A9sidence%20autonomie

1. Rappel du fondement juridique du CPOM pour les résidences autonomie

Le CPOM est un outil permettant de moderniser le dialogue entre les pouvoirs publics et les ESSMS en fixant des objectifs de qualité et d'efficacité, en contrepartie de perspectives pluriannuelles sur le financement des établissements. Il constitue un véritable outil de gestion budgétaire au service de la stratégie d'un gestionnaire.

Le CPOM que les résidences autonomie signent pour bénéficier du forfait autonomie, et pour certaines, du forfait soins, relève de deux fondements juridiques distincts :

L'article L. 313-11 du CASF

Ce contrat peut être conclu entre des personnes morales gestionnaires d'ESMS et la ou les autorités chargées de leur autorisation. Sa durée est librement fixée par les parties contractantes mais elle ne peut dépasser cinq ans.

Initialement, ce CPOM de droit commun est prévu pour sécuriser les gestionnaires et simplifier leur gestion en contrepartie de leur engagement dans la mise en œuvre des objectifs des schémas territoriaux dont ils relèvent, d'un projet d'établissement ou de service, ou d'actions de coopération sociale et médico-sociale.

Désormais, lorsque ce contrat est conclu sur la base des dispositions des III et IV de l'article L. 313-12 du CASF, il définit *a minima* le montant du forfait autonomie, et le cas échéant du forfait soins, ainsi que les objectifs assignés à la résidence autonomie quant à l'utilisation de ces crédits.

Les autres thématiques mentionnées à l'article L. 313-11 du CASF (objectifs des schémas territoriaux, projet d'établissement, action de coopération) ainsi que les éléments touchant à l'organisation et au fonctionnement de ces structures (notamment concernant la qualité des prestations minimales proposées et de l'accompagnement individualisé) peuvent également être abordées dans le cadre de ce CPOM.

À compter de 2017, il convient d'encourager, autant que faire se peut, la conclusion de CPOM en abordant une palette large de thématiques quant au fonctionnement et à l'organisation de l'établissement ainsi qu'à son action sur le territoire afin de faire de ce contrat, pour la ou les autorités chargées de l'autorisation des résidences autonomie, un véritable instrument de pilotage et de mise en cohérence des objectifs de ces structures avec les priorités de politique publique, notamment en matière de prévention de la perte d'autonomie.

Le IV ter de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Ce contrat, de 5 ans, est conclu entre les personnes morales gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et de petites unités de vie (PUV) et la ou les autorités chargées de leur tarification. Son périmètre peut être élargi à d'autres activités dans une logique d'amélioration des parcours mais aussi de mutualisation.

Ainsi, lorsqu'un gestionnaire gère plusieurs EHPAD ou PUV et gère, en plus, d'autres établissements et services sociaux et médico sociaux, ces derniers peuvent être inclus dans le périmètre du contrat. Cela permet de limiter le nombre de contrats, de simplifier la gestion, notamment financière et comptable ainsi que de mieux coordonner l'action de ces établissements et services. Lorsque le gestionnaire d'une résidence autonomie, en accord avec les autorités de tarification souhaite utiliser ce type de contrat, une annexe au CPOM est créée afin de préciser le montant du forfait autonomie et les objectifs assignés quant à son utilisation. La même démarche est opérée lorsque la résidence autonomie bénéficie d'un forfait soins.

Le choix de ce type de CPOM par les parties contractantes n'est pas sans emporter certaines conséquences, notamment :

- en termes de normes comptables : lorsque ce CPOM est conclu, le contrat type et le nouveau cadre de l'EPRD sont applicables à la résidence autonomie, dès l'exercice suivant la signature du CPOM. Ce n'est pas le cas lorsque le CPOM conclu relève de l'article L. 313-11 du CASF ;
- en termes de calendrier : la programmation de la signature de ce type de CPOM s'échelonne sur cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2017. Dès lors, il est conseillé, pour le premier CPOM, de s'appuyer sur l'article L. 313-11 du CASF et d'intégrer, lorsque le gestionnaire est unique, la démarche globale du CPOM du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF au fur et à mesure de la montée en charge progressive de la réforme tarifaire des EHPAD en fonction de la programmation conjointe arrêtée par les conseils départementaux et les ARS, afin de faciliter une conclusion rapide des premiers CPOM et de ne pas retarder l'utilisation des crédits alloués.

Scenarii possibles pour les résidences autonomie :

- choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF => le CPOM peut être négocié et signé dès maintenant ;
- choix du CPOM relevant du L. 313-11 du CASF jusqu'à ce que la résidence autonomie puisse intégrer la démarche du CPOM « EHPAD » => un premier CPOM peut être négocié et signé dès maintenant. Sa durée sera fixée en fonction de la programmation arrêtée par le conseil départemental et l'ARS pour la signature des CPOM « EHPAD » afin que la résidence autonomie puisse rejoindre la démarche le moment venu ;
- dès 2017, choix du CPOM « EHPAD »=> attente selon la programmation arrêtée pour signer le CPOM « EHPAD » => risque de décalage dans le versement des forfaits sur un ou plusieurs exercices.

Par ailleurs, les ARS et les conseils départementaux sont vivement incités à organiser une réunion d'information avec tous les responsables des résidences autonomie du département pour présenter la démarche de contractualisation. Les évaluations internes/ externes déjà menées et transmises aux conseils départementaux par les gestionnaires doivent être capitalisées et servir de supports dans les négociations afin de gagner en délai.

1. L'articulation entre le programme coordonné établi par la conférence des financeurs et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des résidences autonomie

Le forfait autonomie est attribué dans le cadre des priorités définies par la conférence des financeurs dans son programme coordonné de financement de la prévention de la perte d'autonomie. Son montant est néanmoins fixé par le département (la conférence des financeurs n'étant pas autorité de tarification) dans le cadre d'un CPOM négocié et signé avec la résidence autonomie, dans le respect des priorités définies par la conférence des financeurs.

De façon concrète, à partir du concours financier global versé par la CNSA au département, et communiqué aux membres de la conférence par les départements, ces derniers définissent des priorités de financement (ex : priorité 1 : actions sur le lien social, priorité 2 : actions sur la prévention des chutes, priorité 3 : actions sur la stimulation de la mémoire). Ces priorités devront être définies conformément aux dispositions de l'article D. 312-159-4 du CASF qui définit le périmètre des actions collectives de prévention de la perte d'autonomie. Ensuite le conseil départemental traduit de manière opérationnelle ces priorités à travers la fixation d'objectifs et la fixation du montant du forfait autonomie dans le cadre du CPOM. En dernier lieu, pour assurer une bonne utilisation des crédits dès 2016, ces priorités peuvent être prises en compte *a posteriori* de la conclusion du CPOM, dans le cadre d'un avenant.

Il faut préciser qu'une certaine latitude est laissée aux résidences autonomie, dans le respect des dispositions réglementaires, pour conclure le CPOM avec le département, tout en respectant les priorités et les objectifs définis par la conférence des financeurs que préside le conseil départemental. Elles doivent néanmoins justifier de leur utilisation dans le cadre de la remontée d'information annuelle qu'elles doivent effectuer auprès du conseil départemental.

2. La conclusion du CPOM pour les résidences autonomie

Le conseil départemental initie une démarche de contractualisation avec chaque résidence autonomie dans le cadre de laquelle sont négociés des objectifs en matière de mise en œuvre d'actions individuelles et collectives de prévention de la perte d'autonomie qui sont conformes aux priorités définies dans le programme de la conférence. En fonction des objectifs fixés, le département fixe le montant du forfait autonomie pour la résidence autonomie.

En sus de ce processus de négociation et de la tarification à l'objectif, le département peut moduler ce montant en fonction des critères prévus par les textes. Il peut ainsi majorer ce montant si la structure s'engage à mutualiser ses actions, à les ouvrir sur l'extérieur ou si cette dernière est habilitée à l'aide sociale. À l'inverse, il peut minorer ce montant si des actions de prévention de la perte d'autonomie peuvent être financées par le forfait soins de la structure. Dans tous les cas, cette modulation doit être raisonnable et respecter les grands équilibres définis dans le programme coordonné de la conférence des financeurs. Le conseil départemental a toute latitude pour utiliser ce critère de modulation en fonction des réalités du terrain.

Il convient néanmoins de préciser que ces critères de modulation n'empêchent pas la négociation dans le cadre du CPOM qui reste l'outil d'attribution du forfait autonomie. Toutes les résidences autonomie y sont éligibles, sans distinction, les critères de modulation ne pouvant en aucun cas constituer un motif valable pour le conseil départemental pour refuser l'attribution du forfait autonomie. La modulation n'est pas laissée à l'appréciation souveraine des départements puisqu'elle

est limitée par une liste limitative de critères pouvant la justifier. Par ailleurs, le cadre de base de la fixation du montant du forfait autonomie reste celui du CPOM, la modulation ne vient qu'à posteriori et à titre subsidiaire. Les moyens alloués doivent rester proportionnés aux objectifs fixés.

3. L'articulation entre forfait autonomie et forfait soins dans le CPOM

L'attribution du forfait soins et du forfait autonomie obéit à des règles différentes, il n'y a donc pas en principe d'articulation spécifique à prévoir, si ce n'est lorsque le forfait soins participe au financement d'actions de prévention de la perte d'autonomie au sein de la structure – en finançant du personnel de soins qui réalise ce type d'actions notamment. Un même document contractuel comprend les dispositions relatives à ces deux forfaits par souci d'efficacité et de simplification mais chacun de ces financements bénéficie d'une partie dédiée dans le contrat, conformément aux dispositions du décret n° 2016-696 du 27 mai 2016 relatif aux résidences autonomie et portant diverses dispositions relatives aux ESMS pour personnes âgées.

4. La structuration-type minimale du CPOM

La structuration du CPOM obéit aux règles de droit commun définies dans la circulaire n° DGCS/SD5C/2013/300 du 25 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du CPOM prévu à l'article L. 313-11 du CASF et dans la présente instruction, en fonction du type de CPOM choisi.

Concernant la partie du cpom spécifique au forfait autonomie et au forfait soins, cette dernière doit comporter, *a minima*, à partir du diagnostic réalisé dans le cadre de la conférence des financeurs et de la partie du programme coordonné de financement consacrée au forfait autonomie :

- la liste des objectifs en nombre resserré assortis d'indicateurs définis d'une part en fonction des informations obligatoires, définis par les textes, pour le rapport d'activité de la conférence des financeurs (forfait autonomie), et d'autre part, en fonction des besoins identifiés ;
- les moyens engagés : le montant du forfait, les éléments ayant permis son calcul ainsi que la justification, pour le forfait autonomie, de l'utilisation éventuelle de certains critères de modulation, et pour le forfait soins, de l'emploi de personnels de soins au sein de la structure.

ANNEXE 4

LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE (SAAD) ET DES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (SPASAD)

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) autorisés relevant des 1^o, 6^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui interviennent respectivement auprès des familles fragilisées, des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ou atteintes de pathologies chroniques, disposent d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) spécifique. C'est ce CPOM, introduit par l'article 46 de la loi n° 2016-1776 du 28 décembre 2016 relative à l'adaptation du vieillissement (ASV) et défini par l'article L. 313-1-1 du CASF, qui encadre la contractualisation entre les SAAD et le président du conseil départemental. Quand elle a lieu, cette contractualisation est facultative. Il est d'emblée nécessaire de rappeler que le CPOM est un outil qui permet de traduire les orientations du conseil départemental en matière d'aide à domicile et d'appuyer sa démarche de structuration de l'offre sur le territoire départemental, en application notamment des dispositions des articles 46 à 48 de la loi ASV.

Le développement de la contractualisation pour les services du secteur social et médico-social est favorisé par la mise en œuvre du CPOM pluriactivités prévu au IV *ter* A de l'article L. 313-12 du CASF dans lequel ces services peuvent être inclus. Dans ce cas, il sera prévu un volet de ce CPOM concernant les SAAD tenant compte des mentions obligatoires spécifiques au CPOM prévu à l'article L. 313-11-1 du CASF, de même qu'un volet concernant l'expérimentation sur les SPASAD « intégrés ».

Dans le cadre de ce CPOM pluriactivités, en application de l'instruction ministérielle n° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire, il est prévu l'obligation expresse de production d'un EPRD par l'ensemble des établissements et services inclus dans son périmètre, à compter de l'exercice suivant l'entrée en vigueur de ce CPOM.

1. Un CPOM spécifique valant mandatement au sens du droit européen pour les SAAD

Le CPOM des SAAD est conclu dans les conditions de droit commun mentionnées à l'article L. 313-11 du CASF, avec notamment une durée maximale de 5 ans et la possibilité qu'il concerne plusieurs SAAD.

Cependant, de manière spécifique aux SAAD, l'article L. 313-11-1 du CASF prévoit que ce CPOM comporte 11 mentions minimales obligatoires lui donnant valeur de mandatement au sens du droit européen, conformément à la décision de la Commission européenne du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général :

- « 1^o Le nombre et les catégories de bénéficiaires pris en charge au titre d'une année ;
- 2^o Le territoire desservi et les modalités horaires de prise en charge ;
- 3^o Les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre ;
- 4^o Les modalités de calcul de l'allocation et de la participation, mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 232-4, des personnes utilisatrices et bénéficiaires de l'allocation mentionnée à l'article L. 232-3 ;
- 5^o Les paramètres de calcul, de contrôle, de révision et de récupération des financements alloués par le département ;
- 6^o Les modalités de participation aux actions de prévention de la perte d'autonomie prévues par les schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés aux deux derniers alinéas de l'article L. 312-5 du CASF et par le schéma régional de santé mentionné à l'article L. 1434-3 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'optimisation des parcours de soins des personnes âgées ;
- 7^o Les objectifs de qualification et de promotion professionnelles au regard des publics accompagnés et de l'organisation des services ;
- 8^o Les modalités de mise en œuvre des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance ;
- 9^o La nature et les modalités de la coordination avec les autres organismes à caractère social, médico-social ou sanitaire ;

10° La nature et la forme des documents administratifs, financiers et comptables ainsi que les renseignements statistiques qui doivent être communiqués au département ;

11° Les critères et le calendrier d'évaluation des actions conduites ».

Compte tenu de l'activité particulière des SAAD « famille », les mentions aux 4° et 6° de l'article L. 313-11-1 du CASF ne leur sont pas applicables.

Il faut rappeler que ce CPOM peut être conclu avec des services tarifés ou non, dès lors que des bénéficiaires de l'APA ou de la PCH y recourent.

2. La structuration et la qualité de l'offre appuyée sur le CPOM

Le CPOM est un outil souple qui permet au président du conseil départemental de faire évoluer l'offre de services d'aide et d'accompagnement et de la structurer au regard des besoins du territoire et de l'offre disponible, tout en tenant mieux compte, par exemple, des sujétions liées aux territoires ruraux, ou encore en visant une efficacité accrue contribuant ainsi à renforcer l'équilibre économique des services. Le CPOM permet également de développer les actions de prévention de la perte d'autonomie, conformément aux objectifs de la loi ASV.

Il peut ainsi fixer des contreparties financières aux engagements pris par le SAAD, mais il peut également comporter une dimension uniquement qualitative (missions spécifiques, mise en œuvre du cahier des charges national des SAAD, etc.).

Il peut en outre permettre de préciser le périmètre territorial d'activité des SAAD dans le cadre de l'autorisation à accueillir des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH) conformément à l'article L. 313-1-2 du CASF.

Compte-tenu de la diversité de cette offre de services et du fait que certains services anciennement agréés sont moins connus des départements, la conclusion de CPOM, nécessitera peut-être plus que pour toute autre offre sociale ou médico-sociale, la conduite de diagnostics préalables de territoire. Certains départements ont conduit ces diagnostics en lien avec l'ensemble des SAAD, ce qui a amené chacun à repenser les organisations et modes d'intervention au regard d'indicateurs d'activité arrêtés conjointement. Une telle démarche facilite ensuite la conclusion des CPOM avec les SAAD, dont le nombre souvent élevé peut faire craindre une charge de gestion importante.

La conclusion d'un CPOM prévoyant le financement du SAAD par forfait global peut permettre aux personnes prises en charge par le service de bénéficier du calcul forfaitaire de l'allocation et de la participation au regard de leur plan d'aide prévu par l'article L. 232-4 du CASF, davantage adapté à leurs besoins.

Le CPOM prévu pour les SAAD pourra être utilisé également dans la perspective de la constitution de SPASAD afin de combiner aide et soins à domicile (cf. notamment article 49 de la loi ASV).

Enfin un CPOM est requis pour l'usage des crédits d'appui aux développements des bonnes pratiques conjointes des départements et des services en application des dispositions de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au financement du fonds d'appui à la définition de la stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile, de soutien aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile prévu à l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

3. La situation des SPASAD constitués en application de l'article 49 de la loi ASV

Les SPASAD constitués en application de l'article 49 de la loi ASV doivent conclure un CPOM, dont les clauses obligatoires sont définies par l'arrêté du 30 décembre 2015 relatif au cahier des charges des SPASAD. Ce CPOM, est signé par le SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS afin de mettre en place l'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement. Ce faisant, cette expérimentation concourt également à la structuration de l'offre d'aide et de soins sur le territoire, dans un objectif de construction de parcours adaptés aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées¹.

À ce titre, et pour faciliter le rapprochement des structures, la mise en œuvre des dispositions de l'article 49 n'exige pas la constitution d'une seule entité gestionnaire porteuse du projet de SPASAD intégré : chaque structure constitutive pouvant conserver son autorisation propre par voie de conséquence. Le cadre expérimental permet également aux SPASAD intégrés de déroger aux principes de droit commun du CPOM prévu par l'article L. 313-11 du CASF. Ainsi deux organismes

¹ Je vous invite à vous référer à l'instruction INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation des SPASAD prévue à l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement accessible au lien suivant : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40574.pdf

gestionnaires peuvent conclure ce CPOM. Cependant, il convient de préciser que chaque entité signataire perçoit ses propres financements et qu'il y a deux budgets distincts (une pour chaque entité). Les modalités de financement du SPASAD intégré ainsi que les règles d'affectation des résultats devront être précisées dans le CPOM.

À noter que les CPOM SAAD et SPASAD ne comprennent pas les mêmes volets obligatoires. En effet, en application de l'article 49 de la loi ASV, le CPOM du SPASAD intégré prévoit certaines clauses spécifiques tout en relevant du cadre juridique prévu par l'article L. 313-11 du CASF.

Compte tenu du calendrier de l'expérimentation « SPASAD intégré », il peut être envisagé que la programmation du CPOM obligatoire au titre de la LFSS pour le SPASAD ou le SSIAD, ne soit fixé qu'au terme du CPOM signé dans le cadre de l'expérimentation.

À l'instar des SPASAD de droit commun, les SPASAD expérimentaux devront, à terme, répondre aux obligations législatives prévues par la LFSS pour 2016/2017 en signant un CPOM obligatoire relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF ou le cas échéant relevant du IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF.

Plusieurs cas de figure sont à envisager à l'issue de l'expérimentation :

- le SPASAD intègre un CPOM relevant de l'article L. 313-12 (IV *ter* du CASF – CPOM « EHPAD ») ;
- le SPASAD intègre le CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF (CPOM ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA) ;
- le SSIAD et le SAAD ne constituent plus à l'issue de l'expérimentation un SPASAD :
 - le SSIAD est tenu d'intégrer un CPOM « EHPAD » ou un CPOM « ESMS-PH, SSIAD/SPASAD et AJA » ;
 - le SAAD peut, de manière facultative, signer un CPOM, soit le CPOM SAAD, soit le CPOM EHPAD.

ANNEXE 5

CPOM ET RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS

La présente annexe vise à présenter la place du CPOM dans la démarche « une réponse accompagnée pour tous », qui résulte de la mise en œuvre du rapport « zéro sans solution ». Celle-ci conduit à une profonde évolution des pratiques des acteurs de l'accompagnement des personnes en situation de handicap et s'accompagne d'une transformation de l'offre au service de l'inclusion des personnes dans la société et du développement des dispositifs de droit commun, en milieu scolaire, professionnel ou en matière de logement.

La signature d'un CPOM avec les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) constitue un outil essentiel dont les ARS, les départements et les gestionnaires doivent se saisir pour faire évoluer l'offre et les pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous ». La négociation du CPOM est l'occasion de mettre en cohérence les objectifs du gestionnaire et de ses structures avec cette priorité de politique publique.

La présente annexe rappelle les enjeux de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » (1) et met en exergue le CPOM comme moyen pour que les situations les plus lourdes ne restent pas sans solution (2), comme levier pour transformer l'offre, faire évoluer les pratiques professionnelles et contribuer à la souplesse des réponses (3), comme levier pour insérer l'ESMS au sein du territoire dans une logique de parcours (4), comme support d'une meilleure connaissance des ressources disponibles sur un territoire (5) nécessaire à la MDPH, notamment dans le cas de l'élaboration d'un plan d'accompagnement global (PAG) .

1. La démarche « une réponse accompagnée pour tous »

La proposition du rapport de Denis Piveteau « Zéro sans solution - Le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches » commandé par le Gouvernement en décembre 2013 repose sur l'idée que répondre aux « situations critiques » nécessite de développer une démarche résolument préventive.

« Si elles surviennent, écrit-il, c'est en raison des dysfonctionnements qui sous-tendent leurs manifestations. Ce sont ces dysfonctionnements qu'il faut s'efforcer de corriger, en se fixant le but de mettre en place, pour chaque personne en situation de handicap, une « réponse accompagnée », ce, quelle que soit la complexité ou la gravité de leur situation.

Il s'agit d'apporter une « réponse préventive, et donc structurelle. Les transformations qui permettront de limiter au minimum les ruptures de parcours sont aussi celles qui, ayant installé de nouvelles modalités de travail entre acteurs, permettront de trouver une solution aux cas résiduels. »

Ainsi, le rapport propose que tous les acteurs se mobilisent, s'organisent et se coordonnent, autour du parcours de vie des personnes et au plus près du milieu ordinaire, pour construire, avec elles, des réponses à leurs besoins. Le CPOM doit être le moyen de concrétisation de la mobilisation des ESMS.

En outre, il engage les gestionnaires à élaborer des « réponses modulaires » plutôt que d'offrir seulement des « places ». Il s'agit de construire des solutions d'accompagnement et d'accueil pour répondre au besoin d'accompagnement d'un enfant ou d'un adulte handicapé, afin d'éviter toute rupture dans son parcours.

La feuille de route de la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle, pour la mise en œuvre du rapport et présentée lors de la Conférence nationale du handicap de décembre 2014, comporte 4 axes de travail :

- Axe 1 : Mise en place d'un dispositif d'orientation permanent ;
- Axe 2 : Déploiement d'une réponse territorialisée accompagnée pour tous ;
- Axe 3 : Soutien par les pairs ;
- Axe 4 : Accompagnement au changement des pratiques.

La généralisation des CPOM d'ici 2022 prévue par la LFSS pour 2016 pour le secteur des établissements et services accueillant des personnes en situation de handicap, s'inscrit dans l'axe 2 de cette démarche. Elle devra permettre de contractualiser avec les gestionnaires sur des objectifs qualitatifs relatifs à l'accompagnement des personnes en situation de handicap et à la capacité d'innovation et de coopération territoriale au plus près des besoins des personnes.

Par ailleurs, la mise en œuvre du dispositif d'orientation permanent de l'axe 1 met en exergue les besoins et les évolutions de l'offre nécessaires pour mieux répondre aux attentes des personnes et de leurs proches et appelle des adaptations dans le fonctionnement de l'offre d'accompagnement médico-social pour une connaissance mieux partagée des réponses sur le territoire.

Il s'agit d'intégrer dans la contractualisation avec les gestionnaires des objectifs de mise en œuvre de réponses adaptées et de participation à la qualité du parcours des personnes en situation de handicap pour une allocation des ressources en relation plus étroite avec l'accompagnement des parcours individuels.

2. Le CPOM comme moyen pour que les situations les plus lourdes ne restent pas sans solution

L'article 89 du PLFSS 2017 prévoit, en modifiant l'article L. 313-12-2 du CASF, la possibilité de moduler le « tarif en fonction d'objectifs d'activité définis dans le contrat ». Un décret en Conseil d'État sera publié à ce sujet et décrira les modalités de mise en œuvre de cette modulation. Cette dernière constituera un moyen de régulation de l'offre et je vous encourage à vous en saisir à l'occasion de la négociation du contrat, pour mobiliser les ESMS dans la démarche réponse accompagnée notamment en prévoyant, en sus des taux d'occupation, des indicateurs plus incitatifs permettant par exemple de valoriser l'accompagnement des personnes en situation complexe.

L'évolution des pratiques nécessaire à la mise en œuvre d'une réponse accompagnée pour tous implique aussi que chaque ESMS se sente lié par l'obligation d'accueillir les personnes handicapées, quelquefois dans une situation très difficile, tout en bénéficiant de l'appui de tiers, particulièrement lorsqu'un plan d'accompagnement global a été élaboré.

Cette évolution nécessitera un accompagnement des professionnels au-delà des seuls directeurs. Les objectifs de formation, notamment sous la forme de retour d'expérience à partir d'étude de situations individuelles, trouveront ainsi toute leur place dans les CPOM.

Enfin, le CPOM constitue aussi un moyen pour définir les critères d'admission dans un établissement ainsi que réaffirmer qu'il ne peut être envisagé de sortie sans que n'ait été préparée une solution alternative.

3. Le CPOM comme levier privilégié pour servir la transformation de l'offre, l'évolution des pratiques et contribuer à la souplesse des réponses

À l'occasion des Conférences nationales du handicap 2014 et 2016, le Président de la République a décidé plusieurs mesures visant à permettre aux personnes handicapées de « vivre et travailler comme les autres, avec les autres ».

De nouveaux dispositifs ont été créés qui viennent compléter la palette de l'offre médico-sociale en proposant une réponse plus souple (tels que les unités d'enseignement en milieu scolaire, les pôles de compétences et de prestations externalisées, l'emploi accompagné, la mise en situation professionnelle). D'autres dispositifs sont à développer (l'accueil temporaire, l'habitat inclusif) ou à inventer pour moderniser l'offre de prise en charge pour un accompagnement plus inclusif.

Le CPOM est l'instrument privilégié pour permettre la déclinaison de cette dynamique dans le domaine d'intervention du gestionnaire. La rénovation du cadre contractuel en crée les conditions.

La possibilité de libre affectation des résultats et d'adaptation des ressources entre les différents types d'établissements gérés par un même organisme gestionnaire par les possibilités qu'elles offrent (redéploiement, restructuration, marges de manœuvre pour la création) sont autant de leviers dont les financeurs et les gestionnaires doivent se saisir pour développer les nouveaux dispositifs créés, développer des projets inclusifs innovants ainsi que pour favoriser des expérimentations de projets (organisation sous la forme de plate-forme de services par exemple).

Le CPOM doit permettre de conduire ces chantiers d'amélioration, de modernisation et de transformation de l'offre des établissements et services. L'enjeu est de permettre un parcours de vie sans rupture pour les personnes en situation de handicap et leurs proches notamment en tenant compte des besoins d'accompagnement du vieillissement des personnes en situation de handicap.

Ainsi mis en œuvre, le CPOM permet de renforcer le lien entre le financement et la réponse aux besoins et aux attentes des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

Je vous encourage à promouvoir auprès des ESMS cette démarche qui est de nature à favoriser la souplesse des réponses aux besoins des personnes en situation de handicap, à faciliter les passerelles entre différents modes de prise en charge et différents types d'établissements ou services d'un même gestionnaire en fonction de l'évolution des personnes handicapées et de leur parcours de vie.

4. Le CPOM comme levier privilégié pour insérer l'établissement ou le service au sein du territoire, dans une logique de parcours

Le rapport « Zéro sans solution » rappelle qu' « il convient, non pas de “construire” des parcours, (...) mais de garantir que tous les intervenants vont travailler dans une logique et une culture de parcours (...) dans le sens du besoin et des attentes de la personne qu'ils accompagnent. (...) Qui dit logique et culture de parcours dit engagement de tous les partenaires du parcours, sans exception, à faire évoluer – de façon parfois substantielle et exigeante – leurs méthodes de travail ».

Il convient dès lors que tout CPOM :

- décrive comment les structures du gestionnaire contribuent à la construction de ce parcours sur le territoire (articulation et complémentarité) avec des partenariats formalisés (qui peuvent figurer au contrat) avec des institutions et professionnels sanitaires, sociaux, médico-sociaux, scolaires, du service public de l'emploi, des bailleurs sociaux, relatifs à l'accompagnement et la prise en charge des personnes ;
- prévoit l'engagement du gestionnaire à ce que les structures qu'il gère participent aux groupes opérationnels de synthèse pour l'élaboration du PAG – plan d'accompagnement global ;
- prévoit l'obligation pour l'établissement de motiver les refus d'admission à l'issue d'une décision d'orientation de la CDAPH prise dans le cadre d'un PAG tel que prévu par l'article 89 de la LMSS (I, 4°, b) ;
- prévoit l'obligation pour l'établissement d'utiliser le futur SI suivi des orientations qui doit permettre de mieux suivre les orientations prononcées par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ;
- mentionne le cas échéant un engagement à se positionner en tant que coordonnateur de parcours dans le cadre d'un plan d'accompagnement global en application de l'article 89 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Il s'agit de susciter une démarche territoriale volontariste pour promouvoir le décroisement et construire des réponses individualisées régulièrement ajustées à l'évolution de la situation de la personne et de ses proches.

5. Le CPOM comme support d'une meilleure connaissance des ressources disponibles sur un territoire

L'article 89 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé prévoit que le PAG est élaboré avec le concours d'informations transmises par les institutions compétentes, notamment les informations relatives aux ressources disponibles sur le territoire concernant les interventions éducatives et scolaire, thérapeutiques, sociales et médico-sociales ou encore à visée d'insertion professionnelle ou sociale, en particulier par le logement inclusif.

Compte tenu de la réforme à venir de la nomenclature des autorisations, le CPOM a vocation à devenir l'un des supports de description des réponses territoriales susceptibles d'accompagner ou de prendre en charge les personnes handicapées, utile à l'élaboration des PAG. Aussi, il convient d'accorder une attention particulière à cet aspect.

Les travaux sur la nomenclature des autorisations actuellement menés par la DGCS, ont vocation à aboutir à des autorisations plus larges pour amener plus de souplesse, faciliter la transformation de l'offre et l'accompagnement d'une personne sous diverses formes pour mieux répondre à ses besoins.

Dans ce contexte, le CPOM doit être considéré comme un document qui complète l'autorisation – seul document opposable aux tiers – et permet de préciser les activités des ESMS notamment s'agissant du profil de public accueilli et des modalités d'accueil privilégiées quand l'autorisation est accordée globalement au titre d'une file active (internat, internat de semaine, accueil de jour, accueil temporaire...), de l'organisation de la prise en charge et des prestations proposées, soit autant d'informations nécessaires aux MDPH pour l'élaboration des PAG. C'est pourquoi, une clause du CPOM devra prévoir l'obligation pour l'ESMS de reporter ces informations dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) d'ores et déjà disponible ou à venir.

Ces précisions pourront être utilement apportées en utilisant les nomenclatures de besoins et de prestations développées dans le cadre du projet SERAFIN-PH pour une description commune des réponses apportées, des prestations servies par les ESMS sur le territoire et ainsi favoriser une meilleure lisibilité de l'offre et des ressources disponibles sur un territoire contribuant au PAG. Cette approche permettra en outre de disposer d'une cartographie de l'offre dans la région facilitant sa programmation et planification.

Instrument de la nouvelle gouvernance des établissements médico-sociaux, la négociation du CPOM doit privilégier le dialogue avec les gestionnaires pour la fixation des objectifs qualitatifs et quantitatifs (en utilisant éventuellement la nomenclature SERAFIN-PH) et la fixation des moyens des ESMS ainsi que pour le suivi de leur mise en œuvre au service de l'amélioration du parcours de vie des personnes en situation de handicap et de leurs proches.

ANNEXE 6

LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DU CIH, DONT LA STRATÉGIE
QUINQUENNALE D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE MÉDICO-SOCIALE

À l'occasion de la Conférence nationale du handicap (CNH) de mai 2016 a été annoncée une enveloppe de 180 M€ pour la stratégie quinquennale (2017-2021) d'évolution de l'offre médico-sociale, qui passe par la création de places et la transformation de l'offre existante afin de la rendre plus souple et plus inclusive.

Les orientations de la CNH ont été précisées et confortées par le Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016. Cette stratégie se décline en particulier en deux volets, l'un dédié à l'amélioration de l'accompagnement des personnes polyhandicapées, l'autre à l'amélioration de l'accompagnement du handicap psychique. À ces volets s'ajoute une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif et une stratégie nationale de soutien aux aidants.

D'autres mesures du CIH prévoient des évolutions qualitatives et diversifiées de l'offre en faveur de l'inclusion sociale notamment par la création des dispositifs d'emploi accompagné, par des mesures visant l'amélioration des personnes accompagnées au sport, à la culture, aux loisirs, etc.

Dans ce contexte, le CPOM apparaît comme un outil pertinent pour mettre en œuvre certaines actions de l'évolution de l'offre médico-sociale. Vous veillerez à ce que ces actions s'inscrivent en cohérence avec la démarche « réponse accompagnée pour tous » et les travaux engagés dans le cadre du projet SERAFIN-PH de réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qui repose sur une approche centrée sur les besoins des personnes et non plus sur une logique de financement centrée sur les places participant ainsi à l'évolution de l'offre et à l'amélioration de la qualité de l'accompagnement au plus près des besoins et des attentes des personnes en situation de handicap et de leurs familles.

1. Le volet « polyhandicap »

Les situations de polyhandicap sont des situations de handicap complexe caractérisées par une restriction extrême de l'autonomie des personnes concernées associant une vulnérabilité physique, psychique et sociale évolutives dans le temps. Ces situations hétérogènes représentent entre 0,7 et 1 naissance pour 1 000, soit environ 800 nouveaux cas d'enfants polyhandicapés par an.

Le volet « Polyhandicap » de la stratégie nationale de l'évolution de l'offre médico-sociale poursuit les objectifs fondamentaux de rénover l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap, vers une plus forte reconnaissance de leur citoyenneté et incluant une prise en compte des réponses aux proches aidants.

Ce volet doit vous conduire à prendre en compte dans l'élaboration des CPOM :

- le renforcement et la diversification des réponses pour répondre aux besoins des personnes ;
- l'amélioration de la qualité de l'accompagnement ;
- les partenariats indispensables à la continuité du parcours de vie et de soins des personnes.

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des ESMS pour l'accompagnement des personnes en situation de polyhandicap doivent contribuer ainsi à :

- faire évoluer l'offre d'accompagnement tout au long de la vie, incluant un accompagnement précoce, une anticipation du passage à l'âge adulte des adolescents en situation de polyhandicap (compte tenu du nombre de ces adolescents relevant de l'amendement Creton) et une diversification de l'accompagnement, en réponse aux besoins des personnes et de leurs proches aidants ; cette diversification doit inclure une offre de nouvelles modalités d'accompagnement dit multimodal alliant le domicile (services médico-sociaux, services d'aide à domicile) et un accueil en établissement ;
- intégrer des prestations en réponse aux besoins exprimés par les proches aidants en termes de répit, de formation, d'appui et de soutien ;
- renforcer les moyens des établissements dont le coût /place est inférieur au coût place « régional » afin notamment de permettre de répondre aux objectifs suivants :
 - la continuité des soins ;
 - les démarches d'entrée en communication ;
 - l'accès aux apprentissages tout au long de la vie ;
- inclure un accès à des outils de communication, au travers notamment d'une mutualisation de l'outillage et d'une visibilité de cet outillage pour les familles, les MDPH et les autres ESMS ;

- garantir l'accès et la continuité de soins au travers de collaborations et de mutualisations entre structures médico-sociales, afin notamment de développer la continuité des soins infirmiers 24 h/24, et de collaboration avec le secteur sanitaire, au travers de conventions, pour la réponse aux urgences, aux indications d'hospitalisation à domicile (HAD) et aux soins de suite et de réadaptation ;
- garantir l'accès à une scolarisation des enfants polyhandicapés par le développement des UE notamment et le soutien à cette scolarisation par les professionnels des ESMS ; Développer des projets visant à concevoir l'accompagnement des adultes polyhandicapés autrement au sein des ESMS, en identifiant une personne ressource sur des projets permettant de mobiliser les compétences des personnes : apprentissages fondamentaux, médiation animale, sport adapté, jardins thérapeutiques et sensoriels, musiques, arts, etc ;
- répondre, en termes d'organisation et de moyens en interne et en partenariat, à l'exigence et au besoin de citoyenneté et d'insertion des personnes polyhandicapées, en droit d'accéder à l'offre culturelle ou sportive et aux loisirs, ainsi qu'à une offre de vacances adaptée et diversifiée, permettant de partir en mode collectif ou individuel ;
- renforcer la formation des professionnels médico-sociaux des ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, proposer des formations associant leurs proches aidants et favoriser, au travers de partenariats entre les structures médico-sociales et les institutions dispensant la formation initiale et les agréments de stage, favoriser l'accueil en stage d'immersion (stage de formation, d'observation et de découverte) pour les futurs professionnels socio-éducatifs et professionnels de santé ;
- d'intégrer l'analyse des pratiques et les réflexions éthiques dans les ESMS accueillant des personnes polyhandicapées, notamment les établissements pour enfants polyhandicapés (EEAP) et les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ;
- d'identifier les ressources des ESMS de votre territoire sur le polyhandicap (compétences, outillage en termes d'évaluation, de communication, de scolarisation et d'apprentissage) de manière à répondre à une fonction ressources (vis-à-vis des MDPH, des familles et de l'Éducation nationale, des autres acteurs de la Cité).

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des ESMS doivent également contribuer au développement d'une éducation à la vie affective et sexuelle adaptée aux jeunes et adultes en situation de polyhandicap intégrant un volet d'accompagnement en direction de leurs parents (programme de sensibilisation et outils d'information). De telles démarches seront plus largement encouragées à destination de tout jeune ou adulte en situation de handicap en intégrant un volet de sensibilisation des professionnels des établissements et services sur la prise en compte de cette question en veillant toutefois à une adaptation à la spécificité de chaque structure, à sa mission et à son projet.

2. Le volet « handicap psychique »

Les priorités en santé mentale doivent aujourd'hui répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques graves et persistants, au-delà de la seule stabilisation des troubles psychiatriques, et impliquer les personnes dans l'élaboration d'un projet individuel d'accompagnement et la mise en œuvre d'un parcours global coordonné de santé et de vie, s'appuyant sur la promotion de leurs capacités et visant à leur accès à une vie active et sociale choisie.

De nombreux outils et travaux ont été réalisés depuis plusieurs années pour contribuer à l'atteinte de ces priorités, parmi lesquels les travaux de l'ANESM, notamment la recommandation 2016 sur les « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques » ; les publications de l'ANAP, notamment en 2015 et 2016 sur « Le parcours des personnes en parcours en psychiatrie et santé mentale » et sa mise en œuvre dans les territoires ; le programme pluriannuel « Psychiatrie et santé mentale » de la HAS ; le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale sur « Le parcours de soin et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique ».

L'objet du volet Handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale, annoncé lors de la CNH et confirmé lors du CIH 2016, est de répondre à ces priorités de santé mentale au bénéfice des personnes en situation de handicap psychique et de leurs familles.

Les CPOM conclus avec les organismes gestionnaires des établissements et des services médico-sociaux accompagnant des personnes en situation de handicap psychique doivent engager ces établissements et services dans l'atteinte des priorités actuelles de santé mentale.

Ils devront ainsi contribuer, pour ce qui les concernent, au déploiement dans les territoires du parcours global coordonné pour les personnes en situation ou à risque de handicap psychique, à savoir, notamment, l'accompagnement de ces personnes à l'autonomie, à une participation à la vie sociale, à un logement adapté, à un accès à l'emploi.

Ils devront également contribuer au développement de l'interconnaissance entre les acteurs des différents champs concernés. De même qu'ils devront intégrer les priorités de santé mentale et les pratiques qui en découlent dans leurs actions et plans de formation.

Cela suppose enfin qu'ils s'inscrivent dans un réseau préétabli de partenaires, parmi lesquels devront figurer la psychiatrie, la MDPH, les acteurs de l'ouverture des droits, du logement et de l'emploi, ainsi que les GEM du même territoire.

3. La démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif

Le Gouvernement a présenté, lors du comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016, la démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap, qui comprend trois axes :

- impulser une démarche nationale en faveur de l'habitat inclusif pour les personnes en situation de handicap ;
- sécuriser économiquement les modèles d'habitat inclusif ;
- lever les obstacles juridiques au montage de projets d'habitat inclusif.

Un nombre croissant de personnes handicapées souhaite en effet choisir son habitat et les personnes avec qui le partager le cas échéant. Elles expriment une forte demande de projet social et, le cas échéant, de services associés au logement, dans un environnement adapté et sécurisé qui garantisse conjointement inclusion sociale et vie autonome en milieu « ordinaire ».

Cette nouvelle forme d'habitat rejoint les enjeux portés dans le cadre de la loi du 11 février 2005 qui visent à permettre aux personnes en situation de handicap une insertion pleine et entière dans la cité et le libre choix de leur mode de vie.

À distance de l'accueil en établissement comme du logement dans sa famille ou dans un habitat ordinaire totalement autonome, cette offre fait partie des éléments permettant de diversifier l'offre et ainsi d'élargir la palette des choix offerts aux personnes en situation de handicap.

Ces formes d'habitat, plus souples et plus économiques, qui apportent une réponse complémentaire au logement ordinaire et à l'hébergement en institution, sont l'une des modalités majeures de réponse aux problèmes d'offre médico-sociale en France.

La réponse en termes de logement constitue en outre, avec l'emploi, une réponse essentielle aux attentes et aux besoins de vie et d'insertion sociale, enjeu également partagé par les volets spécifiques consacrés aux situations de polyhandicap et de handicap psychique.

La structuration de la démarche nationale visant à rendre visible à tous l'offre émergente afin de proposer un véritable choix de son mode d'habiter pour les personnes en situation de handicap est un des leviers de son développement. Une connaissance fine des besoins au plus proche des personnes concernées dans les territoires en est un second.

Ainsi la mesure 4 de la démarche nationale prévoit d'établir le diagnostic des besoins des personnes handicapées accompagnées par un établissement médico-social qui souhaiteraient accéder à des formes d'habitat inclusif.

Dans ce contexte, le CPOM est l'instrument privilégié pour demander à ces établissements, plus particulièrement en FAM, foyer d'hébergement ou foyers de vie, d'identifier, notamment *via* l'examen du projet de vie des personnes qu'ils hébergent, celles qui expriment le souhait, ou sont les plus à même, de se voir proposer d'évoluer vers un mode d'habitat inclusif.

Le CPOM constitue également un instrument privilégié pour inciter les établissements médico-sociaux à s'interroger sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique vers le logement autonome. Ce passage n'est souvent possible que très progressivement et nécessite des actions temporaires d'accompagnement dont l'objectif est de permettre, dans le cadre d'un logement de transition, l'évaluation de la personne handicapée psychique et son apprentissage de la vie en autonomie.

4. La stratégie nationale de soutien aux aidants

Plus de 8 millions d'aidants accompagnent des personnes concernées par la maladie, le handicap ou la perte d'autonomie liée à l'âge, par une aide financières, un soutien moral ou une aide dans la vie quotidienne. Ces aidants, membres de la famille le plus souvent, ou amis des personnes qu'ils aident, jouent un rôle essentiel dans leur soutien à domicile, leur vie en milieu ordinaire, leur

inclusion sociale. L'enjeu de leur reconnaissance et de leur soutien est essentiel à la fois pour leur permettre de continuer de jouer ce rôle et d'autre part pour limiter ses répercussions négatives sur leur santé, leur qualité de vie, leur vie professionnelle et personnelle.

C'est la raison pour laquelle le Gouvernement a jugé indispensable de formaliser une stratégie nationale de soutien et d'accompagnement des aidants de personnes en situation de handicap, mettant en lumière des actions déjà engagées ou proposant de nouveaux développements pour des problématiques encore insuffisamment prises en compte.

La stratégie s'articule ainsi autour de quatre axes : 1. Repérer, informer, et conseiller les aidants ; 2. Former et soutenir les aidants ; 3. Reconnaître le rôle et l'expertise des aidants ; 4. Structurer une offre de répit adaptée.

L'axe 2 prévoit notamment de « faire de chaque établissement et service social ou médico-social un acteur du soutien aux aidants » (action 12).

L'ANESM a publié en 2014 une recommandation de bonnes pratiques professionnelles¹ « Le soutien des aidants non professionnels. Une recommandation à destination des professionnels du secteur social et médico-social pour soutenir les aidants de personnes âgées, adultes handicapées ou souffrant de maladie chronique pour vivant à domicile » qui peut très utilement être utilisée par tous les ESMS, même s'ils ne sont pas directement visés par cette recommandation, pour prendre ou mieux prendre en compte les aidants des personnes qu'ils accueillent et accompagnent.

Vous veillerez, dans le cadre des CPOM, à encourager cette prise en compte, qui peut notamment porter sur :

- la reconnaissance des liens, de l'expertise et de la place des aidants et de l'accompagnement qu'ils assurent ;
- la recherche de cohérence et la coordination entre les interventions des aidants et celles des professionnels ;
- le soutien que l'ESMS et ses professionnels sont susceptibles d'apporter aux aidants.

Vous veillerez également à faire du CPOM un levier pour développer, diversifier, optimiser, améliorer l'offre d'accueil temporaire des personnes en situation de handicap qui peut apporter du répit à leurs aidants. Dans ce cadre vous encouragerez les gestionnaires à :

- participer à l'amélioration de la connaissance et du recours à l'offre, par exemple en organisant la gestion des places essayées en « grappes » ;
- contribuer au développement de l'offre d'accueil temporaire ;
- développer des actions de formation des professionnels sur ce mode d'accompagnement spécifique, différent de celui mis en œuvre dans le cadre de l'accueil permanent ;
- élaborer des projets de service spécifique à ce mode d'accueil.

5. Les autres mesures du CIH en faveur de l'inclusion sociale

Avec l'accès au logement, l'accès à l'emploi, constitue un levier fondamental de l'inclusion sociale des personnes en situation de handicap. Ces dernières doivent par ailleurs, comme tout un chacun, pouvoir accéder à la culture, pratiquer un sport, partir en vacances, choisir ses loisirs.

5.1. L'accès et le maintien dans l'emploi

S'agissant de l'emploi des personnes handicapées, leur taux de chômage est environ le double de celui de l'ensemble de la population et la demande d'accès à l'emploi de droit commun, le travail constituant un élément important de la reconnaissance sociale favorisant la réadaptation et l'inclusion sociale. Il est en conséquence nécessaire de développer des environnements professionnels adaptés aux besoins spécifiques des personnes concernées que ce soit en milieu ordinaire de travail ou en milieu de travail protégé et/ou adapté.

Pour ce qui concerne le parcours professionnel en milieu de travail ordinaire, le dispositif d'emploi accompagné, désormais introduit dans le code du travail par l'article 52 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels permettra de sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des personnes - notamment celles en situation de handicap psychique - vers et dans le milieu ordinaire de travail en leur garantissant, ainsi qu'à leur employeur, à tout moment du parcours professionnel, un accompagnement sur mesure et au long cours. Le décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné et au financement du compte personnel de formation des travailleurs handicapés liste les ESMS qui peuvent participer à un dispositif d'emploi

¹ <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article863>

accompagné. Le CPOM peut être un moyen pertinent de contractualisation entre l'ARS et ces établissements s'engageant dans l'emploi accompagné. Ce dispositif fera prochainement l'objet d'une instruction spécifique.

En amont du parcours professionnel en milieu ordinaire de travail, tout doit être également mis en œuvre pour faire du parcours professionnel en entreprise adaptée (EA) ou en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) un véritable accompagnement vers le milieu ordinaire de travail, en créant des passerelles entre milieu protégé et milieu ordinaire de travail.

À cette fin, le CPOM est un outil à privilégier pour faire en sorte que les ESAT prennent mieux en compte les spécificités des publics qu'ils accueillent, en proposant des ateliers ou activités adaptés aux différentes natures de handicap, et pour favoriser l'accompagnement des personnes vers la mobilité externe lorsqu'elles peuvent et souhaitent intégrer le milieu de travail ordinaire.

De même, les ESMS accompagnants des adolescents en situation de handicap ont pour mission de développer l'insertion des jeunes dans les différents domaines de la vie. Ils ont notamment pour objectif la formation générale et professionnelle de ces jeunes. En fonction des acquisitions des jeunes et de leurs projets, les actions conduites permettent notamment de développer des compétences en termes d'accès à l'autonomie, de se former à un métier, de réaliser des stages. Dans une logique de parcours, ces établissements préparent la sortie des jeunes, ce qui passe notamment par la mobilisation des structures et dispositifs existants et notamment d'accès à l'emploi ; ils assurent l'accompagnement de l'insertion sociale et professionnelle après la sortie (dans la limite de 3 années). Vous serez vigilant, dans le cadre des CPOM, à ce que les projets de ces établissements proposent un accompagnement construit de la préparation et de l'accompagnement de l'accès à l'emploi en milieu ordinaire.

5.2. Le développement de l'offre d'activités physiques et sportives

Le développement de la pratique sportive s'inscrit dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Il constitue un levier essentiel pour soutenir la citoyenneté par une meilleure inclusion sociale.

Le comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 a rappelé parmi les mesures retenues, la nécessité de développer l'offre d'activités physiques et sportives dans les établissements et services médico-sociaux accompagnant les personnes handicapées et que celle-ci soit systématiquement inscrite dans les projets d'établissements ou de services.

Le CPOM constitue un outil privilégié pour engager les établissements à développer les pratiques et les partenariats à la fois pour la pratique des activités physiques et sportives (avec des équipements communaux, un centre social ou socio-culturel..) et en vue d'obtenir un soutien à la mise en œuvre de ces activités (financements, mise à disposition d'infrastructures sportives, de personnel encadrant...), par le conventionnement avec des partenaires institutionnels (ARS, DRJSCS, collectivités territoriales, centre national de développement du sport...).

L'enjeu de cette mesure est de permettre au plus grand nombre de personnes en situation de handicap d'accéder à la pratique de son choix, dans un objectif thérapeutique, de loisir et d'inclusion sociale, en leur donnant la possibilité de pratiquer des activités physiques et sportives dans et/ou hors de l'établissement ou du service, en privilégiant leur accueil au sein de clubs accueillant les personnes valides.

5.3. Le développement de l'offre culturelle, de loisirs et de vacances

Les personnes handicapées doivent pouvoir bénéficier d'une offre culturelle diversifiée, voire d'en être partie prenante. Cela demande notamment aux établissements médico-sociaux qui les accueillent de développer des partenariats (associations et lieux culturels ou artistiques, etc.) ou de nouvelles activités (théâtre, chant, travail de la terre, etc.) qui permettent d'ouvrir la perspective et d'offrir aux personnes en situation de handicap, quelle que soit leur situation, un accès à la culture, en ouvrant également l'établissement vers l'extérieur et en favorisant les échanges.

Les personnes handicapées, comme leurs familles, aspirent également à des formules de vacances diversifiées, associant notamment les personnes handi/valides, qui peuvent notamment permettre à la personne handicapée de partager des temps de loisirs et des temps partagés, en particulier avec ses aidants, sa famille ou ses amis, dans le cadre de projets individuels.

Les séjours VAO (vacances adaptées organisées), qui sont spécifiquement et exclusivement destinés à des groupes constitués de personnes handicapées majeures, ne permettent pas de répondre à cette demande. Ils ne constituent par ailleurs qu'une solution pour partir en vacances à titre collectif.

La loi du 28 décembre 2016 d'adaptation de la société au vieillissement apporte une première réponse en instaurant la possibilité, pour les établissements médico-sociaux, concomitamment à

l'hébergement temporaire des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou de personnes atteintes de maladies chroniques invalidantes, de proposer un séjour de répit pour leurs proches (article L. 312-1 VI du CASF).

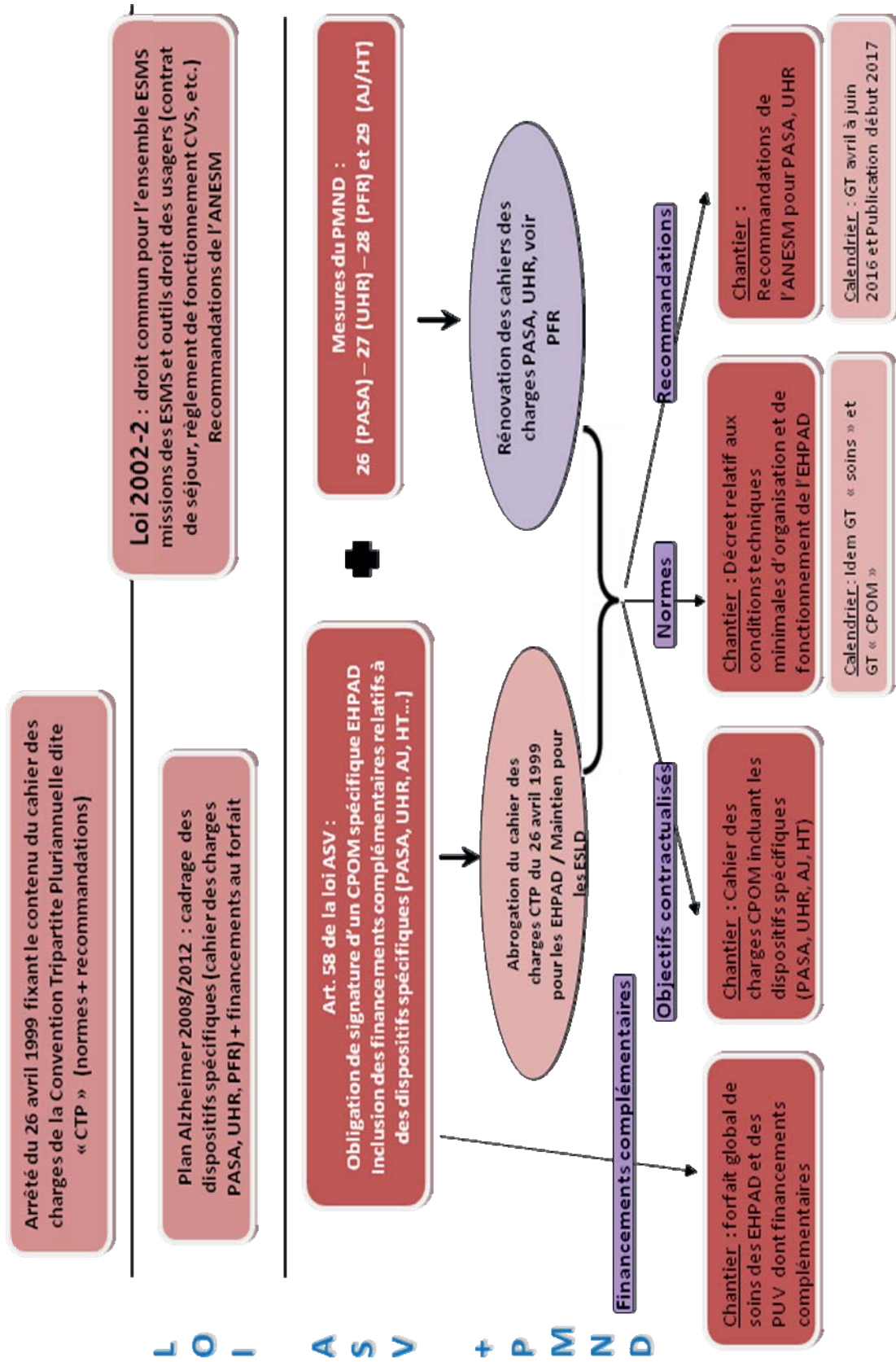
Il s'agit là d'une première avancée, encore loin de prendre en considération l'intégralité des besoins et des demandes des personnes en situation de handicap.

La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale annoncée lors du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016 prend en compte cette problématique et prévoit d'amorcer prochainement des travaux qui permettront notamment la diffusion des bonnes pratiques identifiées dans le cadre des séjours de vacances qui sont organisés sous la responsabilité du directeur, par les établissements médico-sociaux qui accueillent à titre habituel des personnes en situation de handicap (dits « transferts »), dans le cadre des dispositions de l'article L. 312-1 - VI du code de l'action sociale et des familles et d'identifier et lever les freins à l'organisation de ce type de séjours.

Le CPOM doit permettre aux établissements d'affiner la réponse qu'ils apportent en termes d'accès à la culture, aux loisirs et aux vacances aux personnes en situation de handicap qu'ils hébergent.

ANNEXE 7

ARTICULATION DU CAHIER DES CHARGES DES CPOM ET DU DÉCRET RELATIF AUX CONDITIONS TECHNIQUES MINIMALES DES EHPAD



SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Secrétariat d'État en charge des personnes âgées
et de l'autonomie

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance du secteur social
et médico-social

Instruction n° DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

NOR : AFSA1711069J

Date d'application : 1^{er} janvier 2017.

Validée par le CNP le 31 mars 2017. – Visa CNP n° 2017-40.

Résumé : la présente instruction a pour objet d'explicitier le décret du 21 décembre 2016 qui prévoit un nouveau modèle de tarification pour les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les petites unités de vie (PUV) à compter du 1^{er} janvier 2017.

Mots clés : CPOM – EHPAD – PUV – ESMS – AGGIR – GMP – dépendance – coupes PATHOS – PMP – EPRD – ERRD.

Références :

- Articles L. 313-12, L. 314-2 et L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;
- Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
- Arrêté du 3 mars 2017 fixant le cahier des charges des contrats d'objectifs et de moyens prévu à l'article 58 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Textes modifiés :

- Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.
- Décret n° 2005-118 du 10 février 2005 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des prestations de soins remboursables aux assurés sociaux dans les établissements mentionnés au II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 relatif à l'évaluation et à la validation du niveau de perte d'autonomie et des besoins en soins des personnes hébergées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et fixant la composition et le fonctionnement de la commission régionale de coordination médicale mentionnée à l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

- Annexe 1. – Modèle de notification de la minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM par l'organisme gestionnaire.
- Annexe 2. – Charte de bonnes pratiques pour les médecins vacataires désignés pour valider les GMP et PMP déclarés par les EHPAD et PUV.

La ministre des affaires sociales et de la santé et la secrétaire d'État chargée des personnes âgées et de l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les présidents des conseils départementaux ; Mesdames et Messieurs les présidents des métropoles (pour information).

L'ensemble des textes d'application de la réforme de la contractualisation et de la tarification des établissements et services médico-sociaux prévue par les lois n° 20151776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et n° 20151702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) sont désormais publiés. Ces textes généralisent les contrats pluriannuels d'objectifs et moyen (CPOM) dans le secteur médico-social, mettent en place d'un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et réforment les règles d'allocation de ressources pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 susvisé réforme le modèle de tarification des EHPAD visés au I de l'article L. 313-12 et des petites unités de vie (PUV) visées au II de l'article L. 313-12. Bien que les EHPAD et les PUV soient visés à deux alinéas différents, les PUV restent des EHPAD.

Les PUV pouvaient déroger à la signature de la convention tripartite pluriannuelle ainsi qu'à la tarification au GMPS en vertu des dispositions de l'article D. 313-17 du CASF :

- en bénéficiant d'un forfait journalier de soins pris en charge par l'assurance maladie sous réserve d'avoir dispensé des soins aux assurés sociaux ;
- en ayant recours à l'intervention d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Dans le cadre de la réforme, toutes les PUV doivent désormais signer un CPOM dans lequel est précisée l'option tarifaire de leur choix, valable cinq ans.

La réforme ne s'applique pas aux établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée (ESLD) visés au IV *bis* de l'article L. 313-12 du CASF. Ces établissements continuent d'appliquer les dispositions relatives à la tarification des EHPAD antérieures au décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016. Ils ne sont pas concernés par l'obligation de signer un CPOM et concluent une convention pluriannuelle avec le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental. Les ESLD relèvent du code de la santé publique et de fait, sont exclus du I de l'article L. 312-1, ils ne peuvent donc pas être inclus dans les CPOM mentionnés au IV *ter* de l'article L. 313-12 (c'est-à-dire le CPOM EHPAD).

Le nouveau modèle de tarification objective l'allocation de ressources par la mise en place de forfaits sur les soins et la dépendance en fonction de l'état de dépendance des résidents (GMP) et de leurs besoins en soins requis (PMP). Les financements destinés à couvrir les charges des places d'hébergement permanent des EHPAD sont désormais calculés par le biais d'équations tarifaires.

De plus, des financements complémentaires sont mis en place pour financer d'une part les modalités d'accueil particulières (hébergement temporaire, accueil de jour, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés, plateforme de répit, etc.) et d'autre part, afin d'accompagner les projets de modernisation ou de restructuration des établissements, pour soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge ou encore pour prendre en compte les besoins spécifiques de certains résidents (personnes handicapées vieillissantes, grands précaires).

Le nouveau modèle de tarification des EHPAD et des PUV s'applique depuis le 1^{er} janvier 2017. Il est toutefois prévu une période transitoire entre 2017 et 2023 durant laquelle les établissements convergeront vers leur niveau de ressource cible – correspondant aux résultats des équations tarifaires – concernant les financements relatifs aux soins et à la dépendance.

La présente instruction a pour objet de rappeler les différents enjeux de la mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD et d'en expliciter les modalités techniques d'application.

1. Le nouveau modèle de tarification des soins dans les EHPAD et des PUV tarifées au GMPS

Le forfait global relatif aux soins est défini à l'article R. 314-159 du CASF, il correspond à la somme du résultat de l'équation tarifaire destiné à financer les places d'hébergement permanent (§ 1.1) et, le cas échéant, de financements complémentaires négociés dans le cadre du CPOM (§ 1.2). Ce forfait sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressource cible (§ 1.3). Les petites unités de vie sont concernées par la réforme de la tarification et notamment l'obligation de signer un CPOM mais elles peuvent toujours déroger à la tarification dite « GMPS » (§ 1.4).

1.1. Les modalités de calcul des financements des places d'hébergement permanent

Le niveau de financement des prestations en soins relatives aux places d'hébergement permanent est calculé au moyen d'une équation tarifaire fondée sur le niveau des besoins en soins requis des résidents de l'EHPAD.

Le calcul du niveau de ressource octroyé à un EHPAD pour couvrir les prestations en soins est le suivant :

$$[(GMP + PMP \times 2.59) \times \text{capacité autorisée et financée HP} \times \text{valeur du point}]$$

Les PMP et GMP pris en compte pour le calcul des forfaits globaux de soins et de dépendance de l'année N sont les derniers PMP et GMP validés, au plus tard le 30 juin N-1, par des médecins désignés par le président du conseil départemental et par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente, conformément à l'article L. 314-9 du CASF. La capacité retenue, quant à elle est celle du 31/12 N-1.

Les prestations couvertes par le forfait global de soins varient en fonction de l'option tarifaire de l'établissement. Le tarif peut être « global » ou « partiel » et il varie selon la présence ou non d'une pharmacie à usage intérieur. Le périmètre des prestations couvertes par les tarifs (global ou partiel) n'a pas été modifié par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016. De même, les conditions relatives au changement d'option tarifaire sont maintenues et prévues à l'article R. 314-164 du CASF. Lors de la négociation des CPOM, il est possible que l'organisme gestionnaire gère plusieurs EHPAD aux options tarifaires différentes. Le CPOM peut prévoir le passage au tarif au global d'un ou plusieurs EHPAD en cours d'exécution de celui-ci dans la limite de la disponibilité des crédits de la dotation régionale limitative et des orientations fixées par la circulaire budgétaire des établissements et services accueillant des personnes âgées. Les changements d'option tarifaire seront pris en compte dans la construction des dotations régionales limitatives de l'année N grâce aux données remontées *via* le système d'information « HAPI » au 31/12/N-1. Les agences régionales de santé doivent donc veiller à mettre à jour ces données « en temps réel » dans l'application.

1.2. Le périmètre et les modalités de calcul des financements complémentaires

Le forfait global de soins peut être complété par des financements complémentaires, prévus à l'article R. 314-163 du CASF, destinés à couvrir d'une part les modalités d'accueil particulières et d'autre part des actions ponctuelles mises en place par l'établissement. Ces financements sont négociés entre l'autorité de tarification et l'organisme gestionnaire dans le cadre du CPOM.

Les modalités d'accueil particulières couvertes par les financements complémentaires sont celles mentionnées dans le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 susvisé : accueil de jour, hébergement temporaire, unités d'hébergement renforcé (UHR), pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). Les financements complémentaires concernent également les plateformes de répit ainsi que des modalités d'accueil particulières autorisées dans le cadre d'expérimentations et relevant du (12°) du I de l'article L. 312-1 ou dans le cadre d'appels à projet à caractère innovant.

Le CPOM doit intégrer certains éléments pluriannuels budgétaires notamment le montant prévisionnel des financements complémentaires qui couvrent d'une part, les modalités d'accueil particulières mentionnées au I de l'article R. 314-163 du code de l'action sociale et des familles et d'autre part, le financement d'actions non intégrées dans l'équation GMPS, listées au II du même article.

Vous trouverez, ci-dessous, quelques exemples non exhaustifs :

- dans le cadre des actions de prévention, il s'agit, par exemple, de prévoir des financements pour les établissements ayant mis en place un bilan bucco-dentaire à l'entrée en EHPAD ou des actions spécifiques pour prévenir les chutes, la dénutrition, les escarres, le suicide, etc. ;

- dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, il peut s’agir de financements ponctuels durant une épidémie de grippe ou un épisode de canicule;
- dans le cadre de l’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la prise en charge des résidents, il peut s’agir de financements dédiés à la formation de personnel ;
- il est également possible de financer des actions destinées à prendre en charge des publics spécifiques (personnes handicapées vieillissantes ou en grande précarité) notamment si l’établissement a développé un volet spécifique concernant l’accueil de ces publics dans le cadre de son projet d’établissement.

Les agences régionales de santé percevront une enveloppe dédiée à ce second volet des financements complémentaires qu’elles pourront abonder par les marges dégagées sur la modulation du forfait soins en fonction de l’activité, sur les reprises de résultats autorisées en 2017 et 2018 et du fait d’événements de gestion imprévus tels que les fermetures temporaires.

Le CPOM prévoit de façon précise et en lien avec ses objectifs les modalités d’affectation des résultats. En revanche, les modalités de financement du forfait global de soins définies à l’article L. 314-2 interdisent de prévoir une reprise de résultat sur les structures financées par l’équation GMPS. Les éventuels déficits ou excédents ne seront donc plus repris, à l’exception des résultats des exercices 2015 et 2016 que vous pourrez reprendre en 2017 et 2018.

1.3. Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

L’article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 prévoit une convergence linéaire des établissements (EHPAD et PUV financées au GMPS) vers le forfait global de soins issu de l’équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s’étalant de 2017 à 2023. Au terme de cette période, tous les établissements bénéficieront de la totalité du forfait, sous réserve des éventuelles modulations liées à l’activité. Cette convergence vers le niveau de ressource déterminé par l’équation tarifaire se fera au bénéfice, au plan national, de 85 % des EHPAD qui vont bénéficier de plusieurs centaines de millions d’euros supplémentaires sur la période 2017-2023. Cet effort de l’assurance maladie va permettre de renforcer les équipes soignantes des EHPAD et d’améliorer la qualité des soins au bénéfice des résidents.

Le rythme de convergence pour les financements soins sont prévus à l’article 58 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 et contrairement, à la convergence prévue pour les financements relatifs à la dépendance, il n’est pas possible d’y déroger dans le cadre du CPOM. La convergence consiste à réduire l’écart, par paliers, entre les produits de la tarification reconductibles N-1 et le résultat de l’équation tarifaire qui est la cible à atteindre. Le rythme de convergence vers le forfait cible est le suivant :

2017	Réduction d’1/7 ^e
2018	Réduction d’1/6 ^e
2019	Réduction d’1/5 ^e
2020	Réduction d’un quart
2021	Réduction d’un tiers
2022	Réduction de moitié
2023	Résorption totale

Entre 2017 et 2023, les EHPAD recevront une dotation GMPS dédiée aux places d’hébergement permanent composée de :

- la dotation GMPS reconductible de l’année précédente à laquelle est appliqué le taux de reconduction retenu pour l’année N ;
- une fraction de l’écart entre le montant N-1 revalorisé et le résultat de l’équation tarifaire GMPS correspondant au niveau de ressource cible. Cette équation est calculée elle aussi en prenant en compte le taux de reconduction applicable à la valeur du point de l’année N.

Si la dotation GMPS reconductible est supérieure au forfait cible, la convergence à la baisse obéit aux mêmes règles de calcul mais la fraction de l’écart entre le montant N-1 et le résultat de l’équation tarifaire vient en diminution de dotation GMPS reconductible (après application du taux de reconduction). À compter de 2023, tous les EHPAD percevront les ressources correspondant à l’application de l’équation tarifaire calculée sur la base de leurs GMP et PMP.

À noter que la réactualisation du GMPS à mi-parcours du CPOM sera intégrée dans le calcul de la dotation théorique cible qui peut donc être amenée à évoluer pendant la phase de convergence et prise en compte dans le calibrage de la DRL.

Si une ARS a conclu une convention tripartite pluriannuelle avec un établissement en 2016, en prenant en compte un GMPS validé après le 30 juin 2016 et que l'établissement a perçu une dotation supérieure que celle qui résulterait du calcul tenant compte du GMPS antérieur, il n'est pas pertinent de baisser sa dotation en 2017 pour, in fine, la remonter en 2018 lorsque sera pris en compte le dernier GMPS validé. Dans ce cas de figure, je vous invite à ne pas notifier une dotation inférieure à celle de 2016 et à prendre en compte le GMPS retenu pour la tarification de l'exercice 2016.

1.4. *Spécificité des petites unités de vie*

Les petites unités de vie mentionnées au II de l'article L.313-12 du CASF sont concernées par l'obligation de signer un contrat d'objectifs et de moyens mentionné au IV *ter* de l'article L.313-12 du CASF et sont soumises à l'EPRD dès 2017.

Lors de la conclusion du CPOM, les organismes gestionnaires de PUV pourront opter pour l'option tarifaire de leur choix – soit la tarification applicable aux EHPAD, soit une tarification dérogatoire, conformément à l'article D. 313-17 du CASF. Les PUV renouvellent leur choix tous les cinq ans, lors de la conclusion du CPOM. Elles doivent transmettre leur état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) dès le 1^{er} janvier 2017.

Les petites unités de vie sont des EHPAD dont la capacité est inférieure à 25 places. À ce titre, elles doivent être autorisées conjointement par le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, quelle que soit l'option de tarification pour laquelle elles optent, ces dernières étant susceptibles de bénéficier de crédits d'assurance maladie en cas de changement de leur option tarifaire (article L. 313-3 du CASF). Elles concluent des CPOM tripartites avec l'ARS et le conseil départemental. Je vous invite, le cas échéant, à revoir les arrêtés d'autorisation de ces établissements qui ont parfois été autorisés par les seuls conseils départementaux.

2. **Le nouveau modèle de tarification de la dépendance**

Le forfait global relatif à la dépendance est défini à l'article R. 314-172 du CASF. Il est constitué, à l'instar du forfait global de soins, du résultat d'une équation tarifaire (§ 2.1) et de financements complémentaires (§ 2.2). Ce forfait sera versé à tous les établissements à l'issue d'une période transitoire durant laquelle les EHPAD convergeront vers leur niveau de ressource cible (§ 2.3). Le forfait global relatif à la dépendance est versé, par douzième, sous la forme d'une dotation globalisée (§ 2.4).

2.1. *Les modalités de calcul du forfait global dépendance*

Les financements de la dépendance pour les places d'hébergement permanent sont calculés par le biais d'une équation tarifaire qui tient compte du niveau de dépendance des résidents de l'établissement. Cette équation objective et automatise le niveau de ressource octroyé aux établissements. Le calcul est le suivant :

Niveau de « ressources dépendance » de l'établissement = $[(\text{niveau de dépendance} \times \text{places autorisées et financées d'hébergement permanent} \times \text{valeur du point GIR départemental}) - \text{participations des résidents} - \text{tarifs des résidents d'autres départements}]$.

Les petites unités qui dérogent à la tarification au GMPS en vertu des dispositions de l'article D. 313-16 du CASF relèvent de dispositions particulières s'agissant des financements relatifs à la dépendance (articles D. 232-20 à D. 232-22 du CASF). Ainsi, seules les PUV ayant historiquement signé une CTP sont concernées par la réforme de la tarification et la forfaitisation de la dépendance. Les autres demeurent soumises aux modalités de tarification antérieures sauf si elles optent pour une tarification au GMPS lors de la conclusion du CPOM.

À noter : Il est important de rappeler que les résidences autonomie ne perçoivent pas de forfait global dépendance. Les résidents de ces structures sont éligibles à l'APA à domicile, conformément aux dispositions de l'article L. 232-5 du CASF. Des pratiques contraires ont été constatées dans certains départements qui versent une dotation dépendance à des résidences autonomie. Il vous est demandé de porter une attention particulière à de telles pratiques et de sensibiliser les conseils départementaux pour régulariser ces situations. En effet, le forfait global dépendance est différent du forfait autonomie.

a) *Le niveau de perte d'autonomie des résidents*

Le niveau de perte d'autonomie des résidents pris en compte pour le calcul de l'équation tarifaire doit avoir été validé par les médecins désignés par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS, au plus tard le 30 juin N-1. Il ne faut pas prendre en compte les GMP déclarés par les médecins coordonnateurs des établissements même si le dernier niveau de dépendance validé est ancien.

Le niveau de dépendance des résidents est calculé ainsi :

$$\left(\frac{\text{Somme des points GIR (valorisation colonne E de l'annexe 3-6)}}{\text{Nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD}} \right) \times \text{Capacité autorisée et financée de places HP}$$

Le nombre de personnes hébergées dans l'EHPAD correspond au nombre de résidents présents lors de l'évaluation du GMP et dont la perte d'autonomie a été évaluée et traduite en points GIR.

Il convient de préciser que tout établissement accueillant plus de 15 % de personnes âgées classées de GIR 1 à 3 et plus de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 et 2 constitue un EHPAD. La référence à un GMP > 300 a été supprimée.

b) La valeur du point GIR départementale

La valeur du point GIR départemental est fixée annuellement par un arrêté du président du conseil départemental. La valeur fixée en année N ne peut pas être inférieure à la valeur arrêtée en année N-1. Cette valeur peut, toutefois, être gelée. Le président du conseil départemental peut librement fixer une valeur supérieure à la valeur du point GIR départemental.

La somme des points GIR à prendre en compte pour le calcul de la valeur du point GIR départemental correspond aux points GIR valorisés conformément à la colonne E de l'annexe 3-6 et validés par des médecins désignés par le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS.

Une seule valeur de point GIR est arrêtée pour tous les établissements du département. Le décret ne prévoit pas la possibilité de fixer des valeurs distinctes pour tenir compte des statuts des EHPAD/PUV.

La valeur du point GIR départemental applicable en 2017 est calculée en divisant le total des charges nettes autorisées en 2016 par le nombre de « points GIR » valorisés conformément à la colonne E de l'annexe 3-6 du code de l'action sociale et des familles. Les établissements de soins de longue durée (ESLD) sont exclus du calcul.

Les charges nettes sont celles ayant été autorisées au titre de l'hébergement permanent (hors accueil de jour et hébergement temporaire). Elles ne comprennent ni les résultats des exercices antérieurs (affecté en report à nouveau excédentaire ou déficitaire) ni les charges liées aux résidents de moins de 60 ans. Elles sont calculées « toutes taxes comprises » et incluent notamment la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) à 5,5 %. Le forfait relatif à la dépendance et les tarifs journaliers qui en découlent sont « toutes taxes comprises ». ¹ Le calcul du forfait ne prend pas en compte la spécificité du régime fiscal de l'établissement.

c) La participation des résidents

Pour calculer le forfait global relatif à la dépendance, il faut soustraire des recettes en atténuation qui comprennent la participation des résidents (ticket modérateur GIR 5/6 et participations des résidents en fonction des ressources), la participation des résidents de moins de 60 ans, la participation des résidents non bénéficiaires de l'APA et le montant des tarifs journaliers dépendance des résidents ayant un domicile de secours dans un autre département.

L'article L. 232-8 du CASF prévoit une participation des résidents en fonction de leurs ressources. Cette disposition reste inchangée. Le seul moyen de prendre en compte les spécificités individuelles est d'instruire les dossiers individuels de demandes d'APA.

L'annexe « activité » que les organismes gestionnaires doivent transmettre au 31/10 permet notamment d'estimer les participations à déduire pour le calcul du forfait dépendance.

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prévoit des modalités particulières de calcul des prix de journée hébergement s'agissant des résidents de moins de 60 ans. Les personnes de moins de 60 ans se voient appliquer un tarif unique qui couvre les prestations de dépendance et d'hébergement et qui n'est pas modulé en fonction des besoins en soins requis ou du niveau de perte d'autonomie de la personne. L'article R. 314-188 du CASF prévoit le calcul des prix de journée applicable aux personnes de moins de 60 ans. Les prix de journées des résidents de moins de 60 ans sont calculés ainsi :

$$\left(\frac{\text{Produit obtenu au 2° du R.314-173}}{(\text{Nombre de jours d'ouverture} \times \text{capacité autorisée et financée HP})} \right) + \text{tarif moyen journalier hébergement}$$

¹ Les conseils départementaux qui ont fixé, avant la publication de cette instruction, une valeur de point GIR départementale à partir des charges nettes autorisées pour 2016 « hors taxes » doivent majorer les tarifs journaliers d'un taux de 5,5 % pour les EHPAD assujettis à la TVA.

d) Le calcul des tarifs journaliers relatifs à la dépendance

Les tarifs journaliers sont calculés à partir du produit obtenu avant soustraction de la participation des résidents. Ce produit est divisé par le nombre de points GIR « résultant du classement de ses résidents » lequel correspond à la somme des points GIR validés et valorisés à la colonne E de l'annexe 3-6 rapportée au nombre de personnes hébergées dans l'établissement.

Les tarifs journaliers sont calculés en prenant en compte une activité qui correspond au nombre de jours d'ouverture de l'établissement, c'est-à-dire 365 jours.

2.2. Les financements complémentaires du forfait global relatif à la dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance peut être complété par des financements complémentaires, prévus au (2°) de l'article R. 314-172 du CASF et négociés dans le CPOM. Les financements complémentaires du forfait global relatif à la dépendance ne sont pas encadrés dans le décret comme ceux prévus dans le forfait global de soins. Ils doivent toutefois financer des actions liées à la dépendance, à la prévention et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents.

L'équation tarifaire calcule le niveau de ressource de l'établissement pour les places d'hébergement permanent. Il est par conséquent recommandé de distinguer les financements dédiés aux modalités d'accueil particulières (accueil de jour, hébergement temporaire, etc.) et, dans la mesure du possible, de les intégrer dans les financements complémentaires en leur appliquant un forfait. Les dispositions relatives à la tarification de ces modalités d'accueil particulières n'ont pas été modifiées par le décret, vous pouvez soit maintenir les modalités de tarification que vous appliquiez jusqu'à présent, par exemple *via* l'APA à domicile, ou opter pour une forfaitisation dans le cadre du CPOM.

2.3. Les modalités de mise en œuvre de la convergence tarifaire

L'article 5 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prévoit une convergence des établissements vers le forfait global dépendance issu de l'équation tarifaire sur une période transitoire de sept ans s'étalant de 2017 à 2023. Un échéancier de réduction de l'écart entre le forfait versé à l'établissement et le niveau de ressources cible de l'établissement (résultat de l'équation tarifaire) est établi à compter de 2017 :

2017	Réduction d'1/7 ^e
2018	Réduction d'1/6 ^e
2019	Réduction d'1/5 ^e
2020	Réduction d'un quart
2021	Réduction d'un tiers
2022	Réduction de moitié
2023	Résorption totale

Il est toutefois possible d'adapter le rythme de convergence dans le cadre du CPOM et d'y prévoir un échéancier dérogatoire négocié. L'échéancier doit néanmoins respecter le terme du 31 décembre 2023 pour la résorption définitive de l'écart entre forfait versé et le résultat de l'équation tarifaire.

La convergence est calculée pour chaque établissement. Entre 2017 et 2023, les EHPAD recevront une dotation dépendance composée :

- des produits de la tarification reconductibles (hors incorporation des résultats et participation des résidents) de l'année précédente auxquels est appliqué le taux de reconduction arrêté par le PCD concernant la valeur du point GIR de l'année N ;
- d'une fraction de l'écart entre le montant N-1 revalorisé et le résultat de l'équation tarifaire correspondant au niveau de ressource cible, elle-même calculée en fonction de la valeur du point fixée par le PCD pour l'année N.

2.4. Versement du forfait global dépendance

Le forfait global relatif à la dépendance est versé conformément aux articles R. 314-107 et R. 14-108 du CASF. Il n'est pas possible de déroger au versement par douzième du forfait.

Dans l'attente de la fixation de la tarification pour 2017 et en application de l'article R. 314-108 du CASF, les conseils départementaux versent des acomptes mensuels égaux au douzième du montant de la dotation arrêtée pour l'exercice antérieur.

Exemple de calcul du forfait global relatif à la dépendance

- Capacité autorisée et financée de places d'hébergement permanent : 100
- Somme des points GIR valorisés à la colonne E de l'annexe 3-6 : 60 000
- Nombre de personnes hébergées lors du girage : 90
- Valeur du point GIR départemental de l'année N : 7,5 €
- Taux de reconduction : 1 % (à titre d'exemple)

a) *Calcul de la cible de convergence (résultat de l'équation tarifaire) :*

$$\left(\frac{60000}{90} \right) \times 100 \times 7,5 = 500\ 000$$

b) *Calcul du forfait global dépendance avec application de la convergence tarifaire (année N) :*

- Montant des produits reconductibles N-1 revalorisé : 400 000 + 1 % = 404 000
- Montant de la convergence : 500 000 – 404 000 = 96 000
- Palier de convergence : 96 000 / 7 = 13 714,3
- Forfait global dépendance avec convergence :

$$404\ 000 + 13\ 714,3 = 417\ 714,3\ €$$

c) *Calcul des tarifs année N :*

- GIR 5 et 6 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 280 = 5,34 €
- GIR 3 et 4 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 660 = 12,59 €
- GIR 1 et 2 : (417 714,3 / 60 000 / 365) × 1040 = 19,84 €

3. L'évaluation des GMP et PMP

Le niveau de dépendance (GMP) et les besoins en soins requis des résidents (PMP) constituent des variables déterminantes des équations tarifaires permettant le calcul des forfaits soins et dépendance, il est donc nécessaire de disposer de données validées régulièrement pour tenir compte des évolutions des profils des résidents des établissements (§ 3.1). Il est prévu des dispositions spécifiques pour les ouvertures d'établissements et les extensions dans l'attente d'une validation (§3.2). Les médecins « valideurs » peuvent recourir à diverses modalités de validation des évaluations (sur site c'est-à-dire sur place, sur pièces c'est-à-dire à distance) en fonction de la situation de l'établissement. Je souligne néanmoins que le CASF prévoit une validation tacite 4 mois après la transmission des propositions par l'établissement. Il vous appartient donc d'organiser vos services pour sécuriser le processus de validation et les engagements financiers adéquats (§ 3.3). Enfin, le décret a introduit des dispositions sur la gouvernance des commissions régionales de coordination médicale (§ 3.4).

3.1. La périodicité de révision des PMP et GMP

Seuls les GMP et PMP validés par un médecin désigné par le directeur général de l'ARS ou le président conseil départemental peuvent être pris en compte pour le calcul des forfaits globaux. La périodicité de révision des GMP et PMP est d'environ 3 ans, les évaluations ont lieu avant la conclusion du CPOM et au cours de la 3^e année de vie du CPOM.

Pour le calcul des équations tarifaires relatives aux soins et à la dépendance, il faut prendre en compte les derniers PMP et GMP validés par les médecins de l'ARS et du conseil départemental avant le 30 juin de l'année N-1.

Les établissements dont les PMP et GMP validés seraient datés, c'est-à-dire dont la dernière validation excède les trois ans, doivent faire l'objet d'une priorisation dans la programmation des évaluations des médecins « valideurs » afin que leurs PMP et GMP soient mis à jour.

Les forfaits soins et dépendance sont versés indépendamment de la conclusion du CPOM. Les montants calculés dépendent des PMP et GMP validés mais ne sont pas négociés dans le cadre du CPOM. Il y a donc une déconnexion entre le calcul des montants de l'équation tarifaire et la négociation du CPOM. Toutefois, le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 a voulu faire coïncider la vie du CPOM et les évaluations des GMP et PMP de l'établissement. L'article R. 314-170 précise que les évaluations des PMP et GMP doivent être réalisées « avant la signature du CPOM », il faut que les validations soient réalisées concomitamment à la conclusion du CPOM afin qu'elles soient réévaluées tous les trois ans environ.

3.2. *Le cas des nouveaux EHPAD ou des extensions de places*

Les PMP et GMP à prendre en compte dans le cadre d'une ouverture d'EHPAD et dans l'attente d'une validation sont prévus à l'article L. 314-2 du CASF :

- s'agissant du PMP, il faut prendre en compte la moyenne des besoins en soins requis fixée annuellement par décision du directeur de la CNSA² ;
- s'agissant du GMP, il faut prendre en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental.

Dans le cas des extensions de places, en attente de la nouvelle validation des PMP et GMP, il faut retenir les derniers PMP et GMP de l'établissement concerné, en intégrant les nouvelles places à la capacité autorisée et financée afin de calculer les équations tarifaires.

3.3. *La validation sur pièces (à distance), tacite et le recours à des médecins vacataires*

Les médecins « valideurs » des ARS et des conseils départementaux procèdent à des validations des GMP et PMP.

La validation tacite est prévue à l'article R. 314-171 du CASF. Les médecins « valideurs » disposent d'un délai de quatre mois pour valider les évaluations transmises par l'établissement. Au-delà de ce délai, la validation est acquise et produit des effets en termes de tarification.

Je vous recommande de recourir à des validations tacites si la valeur du GMP ou du PMP ne progresse pas de plus de 5% par rapport à la précédente évaluation sur place. Il est préconisé d'alterner les modalités de validation et de préférer une validation sur place lorsque la validation précédente a été effectuée sur pièces ou tacitement ou encore si la variation du GMP et du PMP proposée par l'établissement est très forte (au regard des évolutions relatives à des établissements comparables dans votre région).

L'article 89 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 a modifié l'article L.314-9 du CASF afin de sécuriser le recours à des médecins vacataires désignés par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental pour valider les évaluations des GMP et des PMP. Une charte de bonnes pratiques est annexée à l'instruction (annexe 2). Elle a pour objectif d'encadrer le recours à des médecins vacataires sous la forme de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour leur recrutement et l'exercice de leur mission.

3.4. *Évolutions de la gouvernance de la commission régionale de coordination médicale*

L'article R. 314-171-1 du décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 prend acte des évolutions récentes de la gouvernance des commissions régionales de coordination médicale (CRCM) prévues par l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles. En effet, la circulaire du 6 décembre 2013 relative à la mise en œuvre du décret n° 2013-22 du 8 janvier 2013 prévoyait un bilan dans les deux ans de l'installation des CRCM. Les principaux éléments des bilans d'activité remontés par les ARS soulignaient, malgré une évaluation globalement satisfaisante, la difficulté récurrente de nommer des membres pour assurer le fonctionnement de l'instance.

Par ailleurs, l'émergence de nouvelles organisations de médecins coordonnateurs accentuait cette difficulté dans la mesure où une organisation seulement était autorisée à participer à la commission régionale de coordination médicale.

De cette manière, les nouvelles dispositions de l'article R. 314-171-1 précisent la composition de l'instance :

- un médecin désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétente ;
- un médecin des services sociaux et médico-sociaux de chaque département de la région, désigné par le président du conseil départemental ;
- un médecin gériatre désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition de la société régionale de gériatrie et de gérontologie affiliée à la Société française de gériatrie et de gérontologie ;

² Le II de l'article L. 314-2 dispose que : « Pour les établissements nouvellement créés, dans l'attente d'une validation de l'évaluation de la perte d'autonomie ainsi que de l'évaluation des besoins en soins requis des résidents mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 314-9, le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° du I du présent article est fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen départemental des résidents, fixé annuellement par arrêté du président du conseil départemental, et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixée annuellement par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Cette validation doit intervenir dans les deux années qui suivent l'ouverture de l'établissement. »

- un médecin coordonnateur désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé sur proposition conjointe des organisations et associations de médecins coordonnateurs présentes sur le territoire et de la société régionale de gériatrie et de gériatrie et de gériatrie et de gériatrie.

La composition de la CRCM est ainsi élargie à un représentant par conseil départemental, le département concerné par le litige à l'examen siégeant pour la séance. En cas d'empêchement, un médecin d'un autre département peut siéger à la place de l'absent. L'introduction de la notion de suppléant assouplit également les conditions de réunion de la commission régionale de coordination médicale. Sur la désignation du médecin coordonnateur, le DGARS effectue une désignation sur proposition des organisations et associations de médecins coordonnateurs présentes sur le territoire et de la société régionale de gériatrie et de gériatrie et de gériatrie et de gériatrie. Cette disposition permet aux ARS de prendre en compte la variété des organisations présentes sur leur territoire.

4. La modulation des forfaits en fonction de l'activité réalisée

Les forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance sont calculés sur une base théorique d'occupation à 100 % des places d'hébergement permanent. Le dispositif de modulation est introduit pour tenir compte de l'activité réalisée par l'établissement. En fonction du taux d'occupation réalisé par l'établissement en N-1 ou N-2, l'autorité de tarification (directeur général de l'ARS ou président du conseil départemental) applique un abattement sur le forfait versé en année N selon des modalités précisées dans le décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 (§ 4.1). La modulation est appliquée si le taux d'occupation de l'établissement est inférieur à un seuil fixé par arrêté (§ 4.2). Les financements complémentaires peuvent également être modulés si le CPOM le prévoit (§ 4.3).

4.1. Les modalités de mise en œuvre de la modulation

Les articles R. 314-160 et R. 314-174 du CASF prévoient les modalités de la mise en œuvre des modulations des forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance. Les dispositifs retenus sont strictement identiques pour le forfait soins et le forfait dépendance.

Le calcul du taux d'occupation de l'établissement est le suivant :

$$\frac{\text{nombre de journées réalisées}}{\text{capacité autorisée et financée places HP} \times \text{nombre jours ouverture}}$$

Tous les résidents accueillis en hébergement permanent dans l'établissement sont intégrés au calcul du taux d'occupation, il faut donc y inclure les résidents de moins de 60 ans. Les articles R. 314-160 et R. 314-174 prévoient que les absences de moins de 72 heures pour cause d'hospitalisation ou pour convenances personnelles doivent être comptabilisées dans le total du nombre de journées réalisées. Dans le cas d'une absence dont la durée excéderait les 72 heures, aucune journée n'est comptabilisée en tant que journée réalisée.

Le taux d'occupation pris en compte est le dernier taux d'occupation connu, il peut donc s'agir des taux d'occupation N-1 ou N-2. Les autorités de tarification peuvent ne pas appliquer la modulation afin de tenir compte d'une situation exceptionnelle. Ces situations doivent être appréciées au cas par cas par les autorités de tarification, il est préconisé de ne pas appliquer la modulation à un établissement durant la première année de son ouverture.

La modulation des forfaits relatifs aux soins et à la dépendance s'applique à compter de l'exercice 2018.

4.2. Le seuil de déclenchement et pourcentage d'abattement de la modulation en fonction de l'activité

Les articles R. 314-160 et R. 314-174 du CASF renvoient à deux arrêtés la fixation des seuils de déclenchement de la modulation des forfaits globaux soins et dépendance. Ces arrêtés prévoient une montée en charge du seuil de déclenchement pour tenir compte de la période de convergence des établissements vers leur niveau de ressources cible.

Durant la période s'étalant de 2018 et 2023, le seuil de déclenchement de la modulation variera en fonction de la situation de l'établissement. Les seuils retenus sont identiques pour la modulation du forfait soins et celle du forfait dépendance, il est prévu trois situations :

- pour les établissements qui perçoivent 100 % ou plus du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation qui porte sur les financements versés au titre de l'hébergement permanent est de 95 % ;
- pour les établissements qui perçoivent de 90 % à 100 % du résultat de l'équation tarifaire, le seuil de déclenchement de la modulation est de 90 % en 2018, 91 % en 2019, 92% en 2020, 93 % en 2021, 94 % en 2022 et 95 % à compter de 2023 ;

- pour les établissements qui perçoivent moins de 90 % du résultat de l'équation tarifaire, la modulation en fonction de l'activité ne s'applique pas.

À compter de 2024, tous les établissements percevront la totalité de leurs forfaits globaux soins et dépendance, le seuil qui s'appliquera sera alors de 95 % pour tous les établissements.

Le pourcentage d'abattement à appliquer aux forfaits est égal à la moitié de la différence entre le seuil de déclenchement de la modulation et le taux d'occupation réalisé par l'établissement. Par exemple, si le seuil de déclenchement est fixé à 95 % et que l'établissement a un taux d'occupation de 90 %, la différence est égale à 5 % et l'abattement à appliquer au forfait sera donc égal à 2,5 %.

4.3. La modulation des financements complémentaires

L'article R. 314-161 du CASF prévoit la possibilité de moduler, en fonction de l'activité réalisée, les financements mentionnés au 2° de l'article R. 314-159. Sont visés les financements complémentaires négociés dans le CPOM et qui constituent le forfait global de soins.

La modulation peut potentiellement s'appliquer à tous les financements complémentaires mais elle est susceptible de concerner plus particulièrement les modalités d'accueil particulières et notamment l'accueil de jour et l'hébergement temporaire. La modulation n'est possible pour ces financements que si elle est explicitement prévue dans le CPOM. Il est préconisé de fixer des seuils de déclenchement de la modulation dans le CPOM qui correspondent à des moyennes régionales des taux d'occupation relatifs à ces modalités d'accueil.

5. Les tarifs hébergement

Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 ne modifie pas les modalités de calcul des tarifs hébergement. Afin de pouvoir inscrire l'ensemble de la tarification des EHPAD dans une perspective pluriannuelle et de supprimer totalement la procédure contradictoire de tarification pour ces établissements, il rend obligatoire la fixation pluriannuelle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM (§ 5.1). Le périmètre des charges couvertes par les tarifs hébergement n'est pas modifié mais les tarifs doivent couvrir a minima un socle de prestations défini par décret (§5.2).

5.1. La fixation pluriannuelle des tarifs hébergement dans le cadre des CPOM

La réforme de la tarification a pour objectif de simplifier l'allocation de ressources en mettant fin à la procédure contradictoire pour les soins, la dépendance et l'hébergement. Ainsi, le CPOM conclu avec l'organisme gestionnaire doit fixer les éléments pluriannuels relatif au tarif hébergement, en application des articles R. 314-185 et R. 314-42 du CASF. Les modalités de fixation annuelle des tarifs hébergement doivent être prévues dans le CPOM et dès lors, la détermination annuelle de ces tarifs n'est plus soumise à la procédure contradictoire.

L'article R. 314-40 du CASF prévoit une liste limitative de modalités de fixation de la pluriannualité des moyens alloués. En application de l'article R. 314-42 du CASF, le CPOM peut choisir entre les options suivantes :

- l'application directe du taux d'évolution de l'objectif annuel ou pluriannuel d'évolution des dépenses arrêté par le président du conseil départemental : ce taux doit s'entendre comme un taux d'actualisation. Il garantit donc au contractant une évolution de sa dotation dans la stricte moyenne du département, sans plus de visibilité (cette progression globale n'étant pas connue à l'avance) ;
- l'application d'une formule fixe d'actualisation ou de revalorisation : cette formule peut revêtir une grande variété de formes : un taux fixe (par exemple, +/-x% par an), une formule fixe, ou des règles de décision fixes (progression ou non en fonction de l'atteinte de tel résultat, ou de tel paramètre financier) ;
- l'application d'une équation tarifaire, d'un tarif plafond ou d'un algorithme.

L'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF prévoient dans son article 5 des dispositions transitoires dans l'attente de la signature du CPOM mentionné au IV ter de l'article L. 313-12 du CASF. Les dispositions prévues aux articles R. 314-162 et R. 314-163 s'appliquent dans leur rédaction antérieure au décret.

Pour les établissements habilités à l'aide sociale dont le tarif hébergement est fixé par le conseil départemental, dans l'attente du CPOM, les dispositions prévues à l'article L. 314-7 du CASF s'appliquent. L'organisme gestionnaire doit donc déposer des propositions budgétaires donnant lieu à une procédure contradictoire.

5.2. *Le périmètre des tarifs hébergement*

Le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015 relatif à la liste des prestations minimales d'hébergement délivrées par les EHPAD précise le socle minimal de prestations que les EHPAD doivent obligatoirement proposer à leurs résidents (cinq catégories : administration générale, accueil hôtelier, restauration, blanchissage, et animation de la vie sociale). Le 3° de l'article R. 314-158 précise que les tarifs hébergement doivent couvrir, *a minima*, les charges des prestations listées dans le décret n° 2015-1868 du 30 décembre 2015. Il est possible pour les EHPAD d'aller au-delà du socle de prestations minimales notamment en incluant dans les tarifs le blanchissage du linge individuel. De même, les règlements départementaux d'aide sociale peuvent prévoir d'intégrer dans le tarif hébergement des prestations supplémentaires à celles prévues dans le socle minimal.

6. **La répartition des charges communes à plusieurs financeurs**

Le nouveau modèle de tarification supprime les clés fixes de répartition entre financeurs pour les charges co-financées (§ 6.1). Dans la limite des forfaits qui lui sont notifiés, le gestionnaire peut donc faire varier la répartition des charges communes entre les financeurs. Pour autant, il est maintenu un suivi de la répartition des charges en fonction des financeurs et les autorités de tarification contrôlent la pertinence de cette répartition (§ 6.2).

6.1. *La suppression des clés fixes de répartition des financements pour les charges co-financées*

Le précédent modèle de tarification des EHPAD prévoyait des clés de répartition fixes pour les postes de dépenses relevant de plusieurs financeurs (assurance maladie et conseil départemental ou conseil départemental et résident). Ces clés de répartition se justifiaient dans le cadre de l'ancienne réglementation où les tarifs étaient fixés en fonction des prévisions de dépenses autorisées. Il était notamment prévu une clé de répartition pour les financements des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques (70 % pour les financements soins et 30 % pour les financements dépendance). Il était nécessaire quand un poste de dépenses était partagé entre des tarifs à la charge de financeurs différents, de définir la part incombant à chacun d'eux. Dans le cadre d'une tarification à la ressource où les financements relatifs aux soins et à la dépendance sont calculés automatiquement par le biais d'une équation tarifaire, ces clés de répartition ne sont plus nécessaires mais le principe de la répartition demeure dans les documents budgétaires (*cf. infra*).

Dans le nouveau modèle de tarification, il existe trois tarifs qui correspondent à trois financements, dont le périmètre de charges couvertes est défini aux articles R. 314-166, R. 314-176 et R. 314-179 du CASF. Certaines charges peuvent être prises en compte concurremment par plusieurs tarifs dans le respect des prérogatives de chaque financeur.

6.2. *Le suivi de la répartition des charges couvertes en fonction des financeurs*

Le 2° de l'article R. 314-223 du CASF issu du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 introduit une annexe financière qui doit être jointe à l'EPRD et qui permet d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs ou les différentes sections tarifaires.

Si l'analyse globale de l'EPRD ne peut se fonder sur cette seule répartition de charges pour entraîner un refus, cette répartition peut en revanche contribuer à remettre en cause les grands équilibres prévisionnels présentés par l'organisme gestionnaire en mettant en évidence des déséquilibres internes au budget ou bien rentrer en contradiction avec les objectifs du CPOM. Cette annexe retrace les charges couvertes par les différentes sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement) à partir des clés de répartition historiques qui ne sont plus, dans le nouveau modèle de la tarification, opposables aux établissements ou aux autorités de tarifications.

Concernant le contrôle de la bonne imputation des charges en fonction du financeur, l'autorité de tarification peut se fonder sur l'examen de l'annexe financière au regard des périmètres définis dans le décret n° 2016-1814 des charges pouvant être couvertes par les différents forfaits.

7. **L'affectation des résultats des EHPAD et des PUV**

La forfaitisation et les nouvelles modalités de calcul des ressources destinées à couvrir les prestations liées aux soins et à la dépendance induit le principe de libre affectation des résultats. Le niveau de ressources alloué à l'établissement est objectif et calculé pour tenir compte du niveau de dépendance et des besoins en soins requis des résidents accueillis mais également modulé pour tenir compte de l'activité réalisée. L'organisme gestionnaire peut donc affecter librement les résultats en fonction des modalités fixées dans le CPOM (§ 7.1). Dans l'attente de la signature du CPOM,

il est prévu des dispositions transitoires pour les EHPAD et les PUV (§ 7.2). Enfin, une disposition transitoire prévoit la possibilité d'incorporer les résultats 2015 et 2016 dans la détermination des forfaits soins et dépendance (§ 7.3).

7.1. *L'affectation des résultats dans le cadre du CPOM du IV ter de l'article L. 313-12*

Dans le cadre du CPOM prévu au IV de l'article L. 313-12 (c'est-à-dire le CPOM « EHPAD »), le principe de libre affectation des résultats et de non reprise des résultats au sein du périmètre du CPOM découle du modèle de tarification des EHPAD. Toutefois, l'article L. 313-12 (IV *ter*) dispose que le contrat prévoit les modalités d'affectation du résultat. Il convient, en effet, d'aménager lors de la négociation du CPOM un temps d'échange sur cette question afin de projeter un résultat prévisionnel et de s'assurer que l'affectation de ce résultat réponde aux objectifs du CPOM. Les modalités d'affectation du résultat doivent faire l'objet d'une disposition contractuelle.

Le principe général est que l'affectation des résultats se fait au sein du même compte de résultat c'est-à-dire par établissement et non pas de façon globalisée à l'échelle de l'EPRD (R. 314-234 du CASF). Cela signifie cependant pour les établissements cofinancés, et les EHPAD, notamment que l'affectation des résultats ne se fait plus par section tarifaire mais sur le résultat du compte de résultat de l'EHPAD qui n'est plus subdivisé en section. Toutefois, le tableau d'affectation des résultats de l'EPRD est lui présenté par section, qui permet d'avoir connaissance de l'origine des excédents et leur affectation à titre d'information principalement. Néanmoins, ce tableau peut être utilisé à des fins de contrôle s'agissant des établissements relevant de l'article L. 342-1 du CASF. En effet, il convient de souligner que pour ces établissements, demeure l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les forfaits soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement (R. 314-244 du CASF).

Enfin, le périmètre du CPOM « EHPAD » pouvant être pluri activités, il vous appartient de préciser les éléments pluriannuels du budget relevant des autres activités financées dans le cadre du CPOM. L'affectation des financements en cours d'exécution doit respecter l'absence de fongibilité entre les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées ». La fongibilité peut, en revanche, être admise lors de l'affectation des résultats lorsque le CPOM prévoit expressément la possibilité d'une affectation de résultats entre les différents compte de résultat de l'EPRD (R. 314-235 du CASF). Il est également possible, pour les ESMS pour personnes handicapées qui relèveraient de ce CPOM, de prévoir, dans le contrat, les modalités de la reprise des résultats.

Je vous invite à vous référer sur ce point à l'instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du CASF et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

7.2. *L'affectation des résultats dans l'attente du CPOM*

Dans l'attente de la signature du CPOM, le 3° du II de l'article 5 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016³ prévoit des dispositions transitoires relatives à l'affectation des résultats. Les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats prévue par l'organisme gestionnaire, en application de l'article R. 314-234 du CASF.

Au 1° du I de l'article 5 du même décret, il est prévu les modalités d'affectation des résultats de la section hébergement dans l'attente de la conclusion du CPOM. Lorsque l'établissement est habilité à l'aide sociale, le conseil départemental affecte les résultats de la section hébergement dans les conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 314-234 du CASF.

7.3. *L'incorporation des résultats des exercices 2015 et 2016*

Pour les exercices 2017 et 2018, les forfaits soins et dépendance peuvent inclure un report à nouveau dans la détermination du forfait, respectivement au titre des résultats des exercices 2015 et 2016. Cela signifie que les forfaits soins et dépendance des EHPAD pourront être majorés ou minorés par les reprises des excédents ou des déficits des exercices 2015 et 2016. Les dispositions qui prévoient les modalités de reprises de ces résultats sont fixées à l'article 6 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016.

Les résultats des exercices 2015 et 2016 sont repris dans les conditions antérieures au décret n° 2016-1815. Conformément à l'article R. 314-51 du CASF, la reprise d'un déficit peut être étalée sur trois exercices.

³ Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

8. La procédure de minoration du forfait global de soins en cas de refus de signature du CPOM par l'organisme gestionnaire

L'article L. 313-12 (IV *ter*) du CASF introduit une sanction financière en cas de refus de l'organisme gestionnaire d'un EHPAD ou d'une PUV de signer un CPOM. L'article D. 314-167-1 du même code encadre la procédure de mise en œuvre de cette minoration. L'application de la minoration nécessite au préalable un respect strict de la procédure et des délais prévus à l'article D. 314-167-1 pour éviter tout risque de contentieux (§ 8.1). Au terme de la procédure, l'agence régionale de santé minore le forfait global de soins dans des conditions fixées par le code de l'action sociale et des familles (§ 8.2).

8.1. La procédure de déclenchement de la minoration du forfait global de soins

La procédure de minoration du forfait global de soins a vocation à être utilisée de manière exceptionnelle lorsque les autorités de tarification sont confrontées à un refus de l'organisme gestionnaire de signer un CPOM. Les délais de la procédure courent à partir de la réception, par l'organisme gestionnaire, d'une proposition de CPOM adressée par le directeur de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental. Avant d'initier la procédure, les autorités de tarification doivent avoir contacté et relancé à plusieurs reprises l'organisme gestionnaire pour négocier et conclure un CPOM.

Il est préconisé que la proposition de CPOM adressée à l'organisme gestionnaire soit rédigée conjointement par l'ARS et le conseil départemental. Il faut veiller à établir un projet complet qui corresponde à tous les items du cahier des charges du CPOM. Le directeur général de l'ARS doit veiller à bien informer le président du conseil départemental des avancées de la procédure en cours.

L'article D. 314-167-1 du CASF précise que le directeur de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental soumettent une proposition de CPOM à l'organisme gestionnaire « par tout moyen conférant date certaine ». Il est donc nécessaire de s'assurer que l'organisme gestionnaire a bien reçu la proposition de CPOM et donc de disposer d'un accusé de réception.

L'article D. 314-167-1 prévoit deux cas de figure : dans le premier cas, l'organisme gestionnaire n'entame pas de négociation et refuse de signer la proposition de CPOM. Dans ce cas, la minoration s'applique au terme d'un délai de quatre mois. L'organisme gestionnaire peut, dans le cadre de cette procédure, présenter ses observations écrites ou demander à être entendu par le directeur de l'agence régionale de santé.

Dans le second cas, l'organisme gestionnaire, après réception d'une proposition de CPOM, entame avec les autorités de tarification, une négociation de CPOM. Au terme de neuf mois, si l'organisme gestionnaire n'a pas signé de CPOM, le directeur de l'agence régionale de santé applique la minoration.

8.2. La mise en œuvre de la minoration

L'annexe 1 de la présente instruction propose un modèle de notification de la décision de minoration du forfait global de soins à adresser à l'organisme gestionnaire.

L'abattement appliqué au forfait global de soins est temporaire : dès que l'organisme gestionnaire signe un CPOM, il perçoit l'intégralité du forfait global de soins. Il n'y a pas de restitution prévue des financements qui auront été retirés durant l'application de la sanction. S'agissant des modalités de mise en œuvre, l'ARS peut appliquer la minoration soit au cours de l'exercice durant lequel la sanction est notifiée ou lors de l'exercice suivant.

Les abattements ne se cumulent pas et sont appliqués sur l'intégralité du forfait global relatif aux soins.

Afin de mieux expliciter la procédure mise en œuvre de la minoration, deux exemples sont développés ci-après.

Exemple 1 :



Exemple 2 :



Pour les ministres et par délégation :

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

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

ANNEXE 1

MODÈLE DE NOTIFICATION DE LA MINORATION DU FORFAIT GLOBAL DE SOINS
EN CAS DE REFUS DE SIGNATURE DU CPOM PAR L'ORGANISME GESTIONNAIRE

Le directeur général de l'agence régionale de santé de XXX
A
[M. ou Mme] le directeur [organisme gestionnaire]
[adresse]
[Commune], le XX/ XX/2017

Lettre en recommandé avec accusé de réception

Copie au président du conseil départemental de.....

Objet : Décision de minoration du forfait global de soins au titre du IV *ter* de l'article L.313-12 et de l'article D. 314-167-1 du code de l'action sociale et des familles.

[M. ou Mme], le directeur,

Le XX/XX/2017, vous avez reçu une proposition de contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) qui n'a pas abouti à la signature d'un contrat.

Trois mois après la réception de cette proposition, soit le XX/XX/2017, une notification vous a été adressée mentionnant la pénalité encourue en cas de refus de contractualisation dans un délai d'un mois.

[Dans vos observations adressées par courrier en date du XX/XX/2017, vous souhaitez ... (à compléter le cas échéant)].

Compte tenu du refus de signature d'un CPOM à l'issue du délai imparti, j'applique une minoration du forfait global de soins perçu par les établissements dont vous êtes gestionnaires, d'un montant de [X %] à compter du XX/XX/2017. Cette minoration s'applique jusqu'à la signature d'un CPOM. Elle est ré évaluable chaque année jusqu'à la signature du CPOM dans la limite de 10 % par an.

Une copie de ce courrier est adressée simultanément au président du conseil départemental de....

Si vous souhaitez exercer votre droit de recours, vous disposez d'un délai de deux mois à compter de la réception de la présente décision pour saisir le tribunal administratif de [adresse].

Le directeur général de l'agence régionale
de santé de

ANNEXE 2

**CHARTRE DE BONNES PRATIQUES POUR LES MÉDECINS VACATAIRES DÉSIGNÉS
POUR VALIDER LES GMP ET PMP DÉCLARÉS PAR LES EHPAD ET LES PUV**

La loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 modifie l'article L. 314-9 du CASF afin de permettre aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) et aux présidents des conseils départementaux de recourir à des médecins vacataires pour valider les évaluations de la perte d'autonomie et des besoins en soins requis des résidents des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des petites unités de vie (PUV).

a) La présente chartre a pour objectif d'encadrer le recours à ces médecins vacataires sous la forme de bonnes pratiques à mettre en œuvre pour leur recrutement et l'exercice de leur mission. Les prérequis au recrutement de médecins vacataires désignés pour la validation des coupes AGGIR et PATHOS :

Le médecin vacataire désigné par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental doit :

- être formé à la gériatrie (diplôme universitaire de médecin coordonnateur ou capacité en gériatrie) ou avoir une expérience significative dans les validations AGGIR et/ou PATHOS ;
- disposer de connaissances sur le champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) (réglementation, tarification, etc.).

Le médecin désigné s'engage à :

- se former à l'utilisation de la grille AGGIR et le référentiel PATHOS ;
- se former à l'utilisation du système d'information GALAAD ;
- remplir une déclaration d'intérêts mentionnant toute intervention rémunérée ou non au sein des établissements de la région concernée. La déclaration d'intérêts doit également mentionner tout lien avec les fédérations, syndicats ou autres associations ou groupements œuvrant dans le champ des personnes âgées ;
- ne pas faire état, en dehors de l'ARS ou du conseil départemental qui l'a missionné, des informations recueillies lors de ses missions.

b) Définition de la mission des médecins vacataire :

Le médecin vacataire désigné par le directeur général de l'ARS ou le président du conseil départemental exerce sa mission avec l'appui du médecin référent régional. Ce médecin référent intervient notamment pour définir en concertation avec le médecin vacataire, l'organisation et les modalités de validations, sur site (c'est-à-dire sur place) ou sur pièces (c'est-à-dire à distance).

Le médecin vacataire doit accomplir sa mission selon le calendrier défini par l'ARS. Il doit suivre la procédure générale de validation nationale : édition des bilans et tableau de contingence, constitution de l'échantillon à valider, réalisation de la validation notamment selon les modalités définies en concertation avec le médecin référent régional, participation éventuelle à la commission régionale de coordination médicale (CRCM) en cas de divergence avec le médecin coordonnateur.

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 9 mai 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57^e promotion)

NOR : AFSS1730274A

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 l'article R. 123-28 ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2013 fixant les modalités d'application de l'article R. 123-28 du code de la sécurité sociale en ce qui concerne l'organisation des concours, les modalités d'inscription, la nature et l'organisation des épreuves, le contenu des programmes, la composition et l'organisation des jurys et les règles de discipline des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 17 août 2016 portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2017 (57^e promotion) ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en date du 23 mars 2017,

Arrêtent :

Article 1^{er}

Sont nommés :

Mme Ginon (Anne-Sophie), maître de conférences en droit privé à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense, présidente du jury.

M. Blanc (François-Emmanuel), directeur de l'Association hospitalière Nord Artois cliniques (AHNAC), vice-président du jury.

Article 2

Sont nommés :

Membres du jury plénier

M. Barbot (Jean-Claude), directeur de la caisse primaire d'assurance maladie d'Indre-et-Loire.

M. Chailland (Alain), conseiller maître à la Cour des comptes.

M. Khennouf (Mustapha), inspecteur des affaires sociales à l'inspection générale des affaires sociales.

M. Lebelle (Francis), directeur de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail de Bourgogne-Franche-Comté.

Mme Lore (Eloïse), directrice de la caisse du régime social des indépendants des professions libérales.

Mme Miny (Frédérique), directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Loire.

M. Roulet (Vincent), maître de conférences à l'université François-Rabelais de Tours.

Mme Torresin (Anne-Laure), directrice générale de la caisse de mutualité sociale agricole Alpes-Vaucluse.

Article 3

Sont nommés :

Correcteurs associés pour les épreuves écrites obligatoires

M. Bernard (Michel), professeur agrégé en sciences économiques, enseignant en classe préparatoire HEC au lycée Notre-Dame-de-Sainte-Croix, à Neuilly-sur-Seine.

M. Bonnet (Xavier), rapporteur à la 6^e chambre de la Cour des comptes.

M. Camus (Aurélien), docteur en droit public, chargé de cours à l'université Paris Ouest-Nanterre-La Défense.

Mme Dauffy (Laurence), directrice de la régulation et de l'action en santé à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris.

Mme Jamot-Robert (Christelle), directrice générale de la caisse de mutualité sociale agricole d'Alsace.

Mme L'Henaff (Anne-France), professeure agrégée, enseignante en classe préparatoire HEC au lycée Notre-Dame-de-Sainte-Croix, à Neuilly-sur-Seine.

Mme Poisneuf (Christelle), directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de Vendée.

M. Ramon-Baldié (Pierre), directeur adjoint de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Rhône-Alpes.

Mme Sisakoun (Sylvie), professeure agrégée, enseignante en CPGE au lycée de Rebours, à Paris.

M. Trapeaux (Jérôme), directeur du centre hospitalier intercommunal du Pays de Cognac.

Mme Trotabas (Neïla), coordonnatrice nationale – mutualisation interrégionales et interbranches à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Article 4

Sont nommés :

Examineurs spécialisés pour les épreuves techniques orales

Droit public

M. Frangi (Marc), maître de conférences à l'Institut de sciences politiques de Lyon.

M. Trouilly (Pascal), maître des requêtes au Conseil d'État.

Droit du travail

Mme Julliot (Sophie), maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à la faculté de droit de Saint-Étienne.

M. Sirot (Philippe), secrétaire général de la caisse d'allocations familiales de Seine-et-Marne.

Économie

M. Jamois (Sébastien), agent comptable de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Hérault.

Mme L'Harmet Odin (Corinne), maître de conférences en sciences économiques à l'institut d'administration des entreprises de Saint-Étienne.

Gestion comptable et financière

Mme Coll (Laurence), agent comptable de la caisse d'allocations familiales du Tarn.

M. Garcia (Manuel), maître de conférences en sciences de gestion à l'institut universitaire technologique de Saint-Étienne.

Questions sanitaires et de protection sociale

M. Coursier (Philippe), directeur du master professionnel droit de la protection sociale à l'université Montpellier-I.

Mme Draicchio (Christiane), directeur projet « indemnités journalières » à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Santé publique

Mme Durand (Anne-Marie), directrice de la santé publique à l'agence régionale de santé Rhône-Alpes.

Dr Prieur (Jean-Paul), directeur de la direction régionale du service médical des Pays de la Loire.

Science politique

M. Rozan (Arnaud), directeur de l'évaluation et de la stratégie à la Caisse nationale des allocations familiales.

Mme Sala-Pala (Valérie), enseignante-chercheuse en science politique à l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne.

Statistiques

Mme Maumy-Bertrand (Myriam), maître de conférences à l'institut de recherche mathématique avancée de l'université de Strasbourg.

M. Vassort (Stéphane), directeur adjoint de la caisse primaire d'assurance maladie des Pyrénées-Orientales.

Article 5

Sont nommés :

Suppléants

Jury plénier

M. Bonnet (Xavier), rapporteur à la 6^e chambre de la Cour des comptes.

M. Chevalier (Claude), directeur de la caisse d'allocations familiales de l'Isère.

M. Lacroix (Guillaume), directeur adjoint de la caisse primaire d'assurance maladie des Yvelines.

Mme Paulian-Soula (Clémence), directrice adjointe de la caisse d'allocations familiales de la Charente-Maritime.

M. Péquignot (Jean-Pierre), retraité, ancien directeur de la caisse d'allocations familiales de l'Hérault.

Jury des épreuves techniques orales

M. Ben Khalifa (Lasad), agent comptable de la caisse primaire d'assurance maladie des Landes.

M. Bouilloux (Alain), maître de conférences à l'université Lyon-II.

Mme Greffet (Fabienne), maître de conférences à l'université de Nancy.

Article 6

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 9 mai 2017.

Pour les ministres et par délégation :
Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,
J. BOSREDON

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 : AFSX1730210K

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CARSAT/CGSS	DATE de délivrance de l'autorisation provisoire
PLUMETY	Nelly	3 juillet 1980	CGSS de La Réunion	4 avril 2017

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAF
Caisse nationale des allocations familiales

Liste des agents de contrôle de la branche famille 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 : AFSX1730253K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CAF	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
DE SCHEERDER	Bertrand	29 septembre 1970	Nord	9 septembre 2016	27 mars 2017
FOLLIET	Valérie	2 novembre 1968	Rhône	17 octobre 2016	27 mars 2017
FANTINO	Emilie	29 juin 1979	Rhône	17 octobre 2016	27 mars 2017
FRIZOT	Pierre	8 novembre 1991	Rhône	17 octobre 2016	27 mars 2017
VOGEL	Sébastien	7 août 1986	Rhône	17 octobre 2016	27 mars 2017
QUILLET	Marion	2 novembre 1989	Loir-et-Cher	9 février 2017	7 avril 2017
PIFFRE	Alexandra	2 septembre 1976	Aube	17 octobre 2016	11 avril 2017
GIRARD	Eliane	29 septembre 1962	Territoire de Belfort	6 décembre 2016	14 avril 2017
MARTRES	Manuel	8 mars 1971	Moselle	25 janvier 2017	26 avril 2017

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-02 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730215S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Bénédicte BIONNE, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-03 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730216S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Elsa BOULEAU, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-04 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730219S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sandrine CORNIER, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives des indemnisations

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-05 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730221S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Véronique DERUEL-VALLERAY, en sa qualité d'adjointe du responsable du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est également donnée pour signer tous actes ou lettres formalisant une demande de règlement amiable, dans le cadre de l'action subrogatoire du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration. Cette délégation ne s'étend pas à la signature des protocoles d'accord.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-06 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730226S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anouck ELLIE, en sa qualité d'adjointe au responsable du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-07 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730227S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Capucine FERAL, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-08 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730229S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Alexandra GOUNORD, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-10 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730230S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;
Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;
Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Anthony HERNANDEZ, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-11 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730233S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Aïcha KRISAAANE, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-12 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730234S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Nathalie LAMEIRA, en sa qualité de responsable du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-14 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730244S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anne-Xavier NOBIS, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-15 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730237S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Sébastien L'HOSPITALIER, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-16 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730238S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Deborah LOUZOUN, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-17 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730240S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Stéphane MIGNON, en sa qualité de responsable du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est également donnée pour signer tous actes ou lettres formalisant une demande de règlement amiable, dans le cadre de l'action subrogatoire du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration. Cette délégation ne s'étend pas à la signature des protocoles d'accord.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-18 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730242S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Mariam NADIFI, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-19 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730245S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Arnaud PIRON, affecté au service des ressources internes du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Gestion des ressources humaines et des relations sociales

En cas d'absence ou d'empêchement du responsable des ressources internes du FIVA, délégation est donnée pour signer toutes les lettres et, plus généralement, tous les documents administratifs qui s'avèrent nécessaires à la gestion des ressources humaines et des relations sociales du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle ainsi que des contrats de travail et de leurs avenants.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-20 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730248S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Christophe SCHEVENEMENT, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-21 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730250S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Hugues TISSOT, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 13 mai 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-22 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730235S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Thierry LE GOFF, en sa qualité de responsable des ressources internes du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Gestion des ressources humaines et des relations sociales

Délégation est donnée pour signer toutes les lettres et, plus généralement, tous les documents administratifs qui s'avèrent nécessaires à la gestion des ressources humaines et des relations sociales du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle ainsi que des contrats de travail visant les emplois de responsable de service.

Article 2

Exécution budgétaire

Délégation est donnée pour toutes les lettres, actes et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'exécution budgétaire de l'établissement, et portant sur des sommes inférieures à 25 000 € (HT), à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle.

Article 3

Gestion des achats

Délégation est donnée pour signer les lettres à destination des fournisseurs ainsi que les décisions relatives aux achats inférieurs à 25 000 € (HT) par bon de commande, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une autorisation de dépense budgétée.

Article 4

Délégation de signature en cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA, délégation est donnée pour signer tous actes, décisions, contrats, marchés, conventions et avenants, toutes propositions d'engagement et d'ordonnance de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reversement et toutes demandes de titre de perception, dans

le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des contrats d'objectifs et de performance ainsi que les contrats de travail visant les emplois de responsable de service.

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA, délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs et au contentieux indemnitaire, sans limite de montant, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 5

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 6

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 2 juillet 2013, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-23 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730239S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Laëtitia MARC, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 18 novembre 2013, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-25 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730236S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Carole LEMOINE, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 décembre 2017.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 1^{er} juillet 2014, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-26 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730247S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Ludvine ROUER, en sa qualité de conseillère juridique à la direction du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Recours en cassation

Délégation est donnée pour engager tous recours en cassation dans tous les types de contentieux traités par le FIVA, notamment pour valider les mémoires et actes rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Délégation est également donnée pour signer tous les actes et documents relatifs aux procédures d'exécution relatives aux recours en cassation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 2

Recours hors contentieux indemnitaire et subrogatoire

Délégation est donnée pour engager tous recours devant des juridictions de l'ordre judiciaire ou administratif qui ne relèveraient pas du contentieux indemnitaire et subrogatoire du FIVA, pour valider les mémoires et actes rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Délégation est donnée pour signer tous les actes et documents relatifs aux procédures d'exécution relatives aux recours visés au présent article, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'instruction des dossiers d'indemnisation, ainsi que pour signer les lettres de réponse aux réclamations portées devant la direction du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des provisions et décisions définitives d'indemnisation des demandeurs.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 23 juillet 2014, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-27 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730241S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sabrina MOREAU, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 3 novembre 2014, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-28 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730213S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Carole ALTOUNIAN, en sa qualité d'adjointe au responsable du service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante et des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 3 novembre 2014, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-29 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730231S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anne JACQUIER, en sa qualité de responsable du service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 150 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante et des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 15 septembre 2014, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-30 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730212S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Maxime ABDERRAHMANE, en sa qualité de responsable du budget et des marchés publics au FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Exécution budgétaire

Délégation est donnée pour tous les actes, lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'exécution budgétaire de l'établissement, et portant sur des sommes inférieures à 25 000 € (HT).

Article 2

Gestion des achats

Délégation est donnée pour signer les lettres à destination des fournisseurs ainsi que les décisions relatives aux achats inférieurs à 25 000 € (HT) par bon de commande, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une autorisation de dépense budgétée.

Article 3

Demande d'abondement

Délégation est donnée pour signer les demandes d'abondement de trésorerie émises dans le cadre de la convention conclue entre le FIVA, la CNAMTS et l'ACOSS par tranche de 20 000 000 €.

Article 4

Délégation de signature en cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice, du directeur adjoint et du responsable des ressources internes du FIVA

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice, du directeur adjoint et du responsable des ressources internes du FIVA, délégation est donnée pour signer tous actes, décisions, contrats, marchés, conventions et avenants, toutes propositions d'engagement et d'ordonnement de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reverse-

ment et toutes demandes de titre de perception, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des contrats d'objectifs et de performance ainsi que les contrats de travail visant les emplois de responsables de service.

Article 5

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 9 juin 2017.

Article 6

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 15 avril 2015, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-31 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730218S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sihem BOUZIDI, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 15 juin 2015, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-33 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730243S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sandrine NAMET, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 00 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 1^{er} janvier 2016, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-34 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730232S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Daniel JUBENOT, en sa qualité de directeur adjoint du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Délégation de signature

Délégation permanente est donnée pour signer tous actes, décisions, contrats, marchés, conventions et avenants, toutes propositions d'engagement et d'ordonnance de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reversement et toutes demandes de titre de perception, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Sont exclus de la délégation de signature de M. Daniel JUBENOT la conclusion des contrats d'objectifs et de performance ainsi que les contrats de travail visant les emplois de responsable de service.

Article 2

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation et relatives au contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs et au contentieux indemnitaire, sans limite de montant, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 17 février 2016, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-35 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730251S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Marie VERROUST, en sa qualité de chef de projet contrat d'objectifs et de performance/indemnisation au FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 29 février 2016, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*

A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-36 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730214S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Audrey BERRETTA, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 22 avril 2016, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-37 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730225S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Coralie DESHAYES, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 5 septembre 2016, sera publiée au *Bulletin officielle* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-38 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730246S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anna PORCHER, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 13 octobre 2017.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 24 octobre 2016, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-39 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730228S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Alexandra GAGNON, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres, et plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 30 novembre 2016, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-40 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730249S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,
La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Lydia THOMAS, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2017.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 30 novembre 2016, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-41 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730220S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Aliska DE FONDAUMIERE, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2017.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 5 décembre 2016, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision n° DS 2017-42 du 20 avril 2017 portant délégation de signature au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : AFSS1730217S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,
Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 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 Agnès Plassart comme directrice du FIVA ;
Vu la délibération du conseil d'administration du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;
Vu l'approbation de la délibération 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,

La directrice du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Stéphanie BOULLEZ-DAMAS, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1^{er}

Provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 €, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1^{er} ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 5 décembre 2016, sera publiée au *Bulletin officie* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 20 avril 2017.

*La directrice du Fonds d'indemnisation
des victimes de l'amiante,*
A. PLASSART