

# BULLETIN

## Officiel

Ministère des affaires sociales et de la santé

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

**Santé**  
**Protection sociale**  
**Solidarité**

N° 4 – 15 mai 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](http://www.dila.premier-ministre.gouv.fr)

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

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

ISSN 2427-9765

# Plan de classement

## Administration

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

## Santé

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

## Solidarités

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

## Protection sociale

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



## Sommaire chronologique

	Pages
<b>24 août 2016</b>	
<b>Décision n° 2016-155 du 24 août 2016</b> fixant la composition de la commission consultative paritaire de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation .....	15
<b>Décision n° 2016-157 du 24 août 2016</b> du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.....	17
<b>6 février 2017</b>	
<b>Instruction n° DGCS/SD4/2017/44 du 6 février 2017</b> relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les quatre diplômes suivants, en matière d'autisme : diplôme d'État d'éducateur spécialisé ; diplôme d'État d'éducateur pour jeunes enfants ; diplôme d'État de moniteur éducateur ; diplôme d'État d'aide médico-psychologique .....	325
<b>17 février 2017</b>	
<b>Circulaire n° SG/2017/60 du 17 février 2017</b> relative au développement du service civique dans le champ de la santé, du médico-social et dans les ARS.....	109
<b>22 février 2017</b>	
<b>Instruction n° DGS/SP2/DGOS/PF2/2017/61 du 22 février 2017</b> relative aux lignes directrices de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose résistante et multirésistante .....	281
<b>23 février 2017</b>	
<b>Instruction n° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017</b> relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer.....	157
<b>24 février 2017</b>	
<b>Instruction n° DGOS/PF1/2017/63 du 24 février 2017</b> relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21 (actualisation de l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015).....	221
<b>27 février 2017</b>	
<b>Délibération n° 2017-02 du 27 février 2017</b> adoptant le compte financier 2016 du Centre national de gestion .....	112
<b>Délibération n° 2017-03 du 27 février 2017</b> portant affectation du résultat 2016 du Centre national de gestion .....	113
<b>2 mars 2017</b>	
<b>Instruction interministérielle n° DGCS/SD1C/DGFIP/DGEFP/2017/73 du 2 mars 2017</b> relative à la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion .....	371

### 3 mars 2017

<b>Instruction n° DGS/PP4/DGOS/PF2/2017/77 du 3 mars 2017</b> relative à la dispensation des facteurs anti-hémophiliques VIII et IX.....	<b>202</b>
<b>Instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017</b> relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires .....	<b>263</b>

### 6 mars 2017

<b>Arrêté du 6 mars 2017</b> relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique.....	<b>7</b>
<b>Arrêté du 6 mars 2017</b> portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique .....	<b>9</b>

### 7 mars 2017

<b>Arrêté du 7 mars 2017</b> modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé.....	<b>12</b>
--	-----------

### 8 mars 2017

<b>Circulaire n° DGCS/B3/DGEFP/DGT/2017/79 du 8 mars 2017</b> relative à la mise en œuvre du premier plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.....	<b>400</b>
--	------------

### 10 mars 2017

<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Midi-Pyrénées.....	<b>411</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres des conseils départementaux du Cher et du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre.....	<b>412</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Corrèze auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin.....	<b>413</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental du Haut-Rhin auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Alsace .....	<b>414</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de l'Hérault auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon.....	<b>415</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne .....	<b>416</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Meuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Lorraine.....	<b>417</b>
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental du Calvados au sein du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Basse-Normandie .....	<b>418</b>

	Pages
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental du Nord auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Nord-Pas-de-Calais .....	419
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes .....	420
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	421
<b>Décision n° DS 2017-07 du 10 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	19
<b>Note d'information n° DGS/EA2/2017/80 du 10 mars 2017</b> relative à la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public .....	292

### 14 mars 2017

<b>Décision n° DS 2017-08 du 14 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	20
<b>Instruction n° DSS/2A/2C/3A/2017/67 du 14 mars 2017</b> relative à l'évolution des pensions d'invalidité, de l'allocation supplémentaire d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, des rentes d'incapacité permanente, de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et du capital décès au titre de l'année 2017.....	433

### 15 mars 2017

<b>Décision n° N 2017-05 du 15 mars 2017</b> portant nomination d'un correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle à l'Établissement français du sang.....	21
<b>Décision n° DS 2017-09 du 15 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	22
<b>Décision du 15 mars 2017</b> portant création d'une commission locale de concertation à la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux et désignation de ses membres....	5
<b>Décision du 15 mars 2017</b> portant agrément de la société ADISTA pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients, dénommée « OppiDom » .....	256
<b>Instruction n° DGOS/R2/2017/90 du 15 mars 2017</b> relative aux pratiques de facturation interétablissements des transports SMUR secondaires .....	219

### 16 mars 2017

<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de l'association Service et informatique du groupe Mutualité sociale agricole et de ses partenaires (SIGMAP) pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel pour le compte de la Régie autonome des transports parisiens (RATP).....	257
<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de la société ASPLENIUM HOSTING SERVICES pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients et utilisées à des fins de suivi médical .....	258
<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de la société TESSI GED pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées <i>via</i> la solution « GED-SAE Docubase » .....	259

	Pages
<b>Circulaire n° DSS/DACI/2017/92 du 16 mars 2017</b> relative à la révision du barème des indemnités pour charge de famille en application de convention générale du 20 janvier 1972 sur la sécurité sociale entre la République française et la République de Turquie .....	436
<b>Circulaire n° DDS/DACI/2017/93 du 16 mars 2017</b> relative à la révision du barème des participations aux allocations familiales en application de la convention générale franco-malienne de sécurité sociale du 12 juin 1979 .....	439
<b>Délibération n° 2017-03-01 du 16 mars 2017</b> portant approbation du compte financier 2016 et affectation du résultat 2016.....	114
<b>Délibération n° 2017-03-02 du 16 mars 2017</b> relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre).....	115
<b>Délibération n° 2017-03-04 du 16 mars 2017</b> relative à la demande de remise gracieuse formée par le groupe hospitalier Est Réunion (GHER) .....	116
<b>Délibération n° 2017-03-05 du 16 mars 2017</b> portant sur les frais de mission afférents aux instances du FIPHFP .....	117
<b>Délibération n° 2017-03-06 du 16 mars 2017</b> portant sur la prise en charge des coûts d'acheminement électronique et de mise à disposition des dossiers des membres du comité national du FIPHFP .	119
<b>Délibération n° 2017-03-07 du 16 mars 2017</b> portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique .....	120
<b>Délibération n° 2017-03-08 du 16 mars 2017</b> portant approbation de la convention-cadre de coopération entre l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).....	122
<b>Délibération n° 2017-03-09 du 16 mars 2017</b> portant approbation de la convention de partenariat entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) .....	123
<b>Délibération n° 2017-03-10 du 16 mars 2017</b> portant sur les interventions du FIPHFP relative au plafonnement des interventions financées par employeur au moyen de la plateforme des aides du FIPHFP .....	124
<b>Délibération n° 2017-03-11 du 16 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil scientifique .....	125

### 20 mars 2017

<b>Arrêté du 20 mars 2017</b> portant nomination de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière.....	226
<b>Décision n° 2017-0027 DP/SG du 20 mars 2017</b> de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au chef du service évaluation des actes professionnels.....	23

### 21 mars 2017

<b>Arrêté du 21 mars 2017</b> fixant le calendrier 2017 de la procédure nationale de choix de la discipline, de la spécialité et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales .....	128
<b>Arrêté du 21 mars 2017</b> relatif à la composition du jury de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des attachés d'administration hospitalière stagiaires.....	228
<b>Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/97 du 21 mars 2017</b> relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1 <sup>er</sup> avril 2017 .....	442

	Pages
<b>Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/98 du 21 mars 2017</b> relative à la revalorisation des prestations familiales servies en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte au 1 <sup>er</sup> avril 2017.....	<b>447</b>
<b>Instruction n° DGCS/3A/CNSA/2017/103 du 21 mars 2017</b> relative aux modalités de répartition de la dotation prévue au X de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	<b>350</b>
<b>22 mars 2017</b>	
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général du centre Georges-François-Leclerc, centre de lutte contre le cancer, de Dijon.....	<b>151</b>
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer, à Marseille.....	<b>152</b>
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut de cancérologie de Lorraine, centre de lutte contre le cancer, à Nancy .....	<b>153</b>
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant nomination du directeur général du centre Henri-Becquerel, centre de lutte contre le cancer, à Rouen .....	<b>154</b>
<b>Référentiel de contrôle du 22 mars 2017</b> établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et relatif à la prise en charge des frais de santé .....	<b>428</b>
<b>23 mars 2017</b>	
<b>Décision n° N 2017-06 du 23 mars 2017</b> portant nomination à l'Établissement français du sang.....	<b>24</b>
<b>Décision n° N 2017-09 du 23 mars 2017</b> portant nomination à l'Établissement français du sang.....	<b>25</b>
<b>Décision n° 2017-10 du 23 mars 2017</b> portant nomination d'un pharmacien responsable intérimaire à l'Établissement français du sang .....	<b>26</b>
<b>Décision n° DS 2017-10 du 23 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>27</b>
<b>Décision n° DS 2017-11 du 23 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>28</b>
<b>Décision du 23 mars 2017</b> portant habilitation pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et D.312-201 du code de l'action sociale et des familles.....	<b>29</b>
<b>24 mars 2017</b>	
<b>Instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2017/102 du 24 mars 2017</b> relative aux moyens hélicoptérés de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et des établissements de santé utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente.....	<b>297</b>
<b>28 mars 2017</b>	
<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015.....	<b>1</b>
<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> portant nomination au bureau central de tarification .....	<b>13</b>
<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> 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° 0080 du 4 avril 2017) .....	<b>344</b>



## 29 mars 2017

<b>Arrêté du 29 mars 2017</b> modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales .....	129
<b>Arrêté du 29 mars 2017</b> portant désignation d'une personnalité qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger .....	422
<b>Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017</b> relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.....	204
<b>Instruction n° DGOS/R1/2017/110 du 29 mars 2017</b> relative à l'application du coefficient prudentiel dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale .....	214

## 31 mars 2017

<b>Arrêté du 31 mars 2017</b> portant inscription au titre de l'année 2017 au tableau d'avancement complémentaire à la hors-classe du corps des directeurs des soins .....	229
<b>Décision du 31 mars 2017</b> du comité de gestion du fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE) .....	370

## 1<sup>er</sup> avril 2017

<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2017</b> portant fin de formation initiale d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale	2
<b>Décision n° 2017-07 du 1<sup>er</sup> avril 2017</b> de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant délégation de signature .....	108

## 3 avril 2017

<b>Arrêté du 3 avril 2017</b> portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris.....	14
<b>Arrêté du 3 avril 2017</b> fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de janvier 2017 .....	155
<b>Note d'information n° DGOS/PF2/DGS/PP2/DSS/1C/2017/117 du 3 avril 2017</b> relative à la continuité de la prise en charge d'OPDIVO® nivolumab dans le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) de type non épidermoïde.....	423

## 4 avril 2017

<b>Arrêté du 4 avril 2017</b> relatif à la nomination de M. Patrick DENIEL en qualité de directeur général, par intérim, des Hospices civils de Lyon.....	230
<b>Décision du 4 avril 2017</b> portant renouvellement d'agrément de la société IBO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients .....	260
<b>Décision du 4 avril 2017</b> portant agrément du centre hospitalier et universitaire de Strasbourg pour une prestation de mise à disposition d'une infrastructure d'hébergement de données à caractère personnel collectées par les applications fournies par les clients .....	261



	Pages
<b>5 avril 2017</b>	
<b>Arrêté du 5 avril 2017</b> portant nomination des membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours à titre européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2017-2018.....	<b>130</b>
<b>6 avril 2017</b>	
<b>Arrêté du 6 avril 2017</b> 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.....	<b>3</b>
<b>Décision du 6 avril 2017</b> modifiant la décision du 7 janvier 2016 portant renouvellement d'agrément de la société Arrow ECS pour une prestation d'hébergement d'applications fournies par les clients et gérant des données de santé à caractère personnel collectées à des fins de suivi médical.....	<b>262</b>
<b>7 avril 2017</b>	
<b>Décision du 7 avril 2017</b> désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles.....	<b>231</b>
<b>11 avril 2017</b>	
<b>Arrêté du 11 avril 2017</b> portant nomination des membres du jury des épreuves du concours spécial d'internat de médecine du travail au titre de l'année universitaire 2017-2018 .....	<b>133</b>
<b>2 mai 2017</b>	
<b>Arrêté du 2 mai 2017</b> modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ( <i>JORF</i> n° 109 du 10 mai 2017) .....	<b>135</b>
<b>9 mai 2017</b>	
<b>Arrêté du 9 mai 2017</b> portant labellisation de centres de références pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.....	<b>232</b>
<b>Non daté</b>	
<b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	<b>126</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille 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.....	<b>426</b>
<b>Liste</b> des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité .....	<b>427</b>

# Sommaire thématique

Pages

## ADMINISTRATION

### *Administration générale*

<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015.....	1
<b>Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2017</b> portant fin de formation initiale d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale...	2
<b>Arrêté du 6 avril 2017</b> 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.....	3

### *Administration centrale*

<b>Décision du 15 mars 2017</b> portant création d'une commission locale de concertation à la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux et désignation de ses membres....	5
---	---

### *Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes*

<b>Arrêté du 6 mars 2017</b> relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique.....	7
<b>Arrêté du 6 mars 2017</b> portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique.....	9
<b>Arrêté du 7 mars 2017</b> modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé.....	12
<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> portant nomination au bureau central de tarification.....	13
<b>Arrêté du 3 avril 2017</b> portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris.....	14
<b>Décision n° 2016-155 du 24 août 2016</b> fixant la composition de la commission consultative paritaire de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....	15
<b>Décision n° 2016-157 du 24 août 2016</b> du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.....	17
<b>Décision n° DS 2017-07 du 10 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	19
<b>Décision n° DS 2017-08 du 14 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	20
<b>Décision n° N 2017-05 du 15 mars 2017</b> portant nomination d'un correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle à l'Établissement français du sang.....	21
<b>Décision n° DS 2017-09 du 15 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	22
<b>Décision n° 2017-0027 DP/SG du 20 mars 2017</b> de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au chef du service évaluation des actes professionnels....	23
<b>Décision n° N 2017-06 du 23 mars 2017</b> portant nomination à l'Établissement français du sang.....	24

	Pages
<b>Décision n° N 2017-09 du 23 mars 2017</b> portant nomination à l'Établissement français du sang .....	25
<b>Décision n° 2017-10 du 23 mars 2017</b> portant nomination d'un pharmacien responsable intérimaire à l'Établissement français du sang .....	26
<b>Décision n° DS 2017-10 du 23 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	27
<b>Décision n° DS 2017-11 du 23 mars 2017</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	28
<b>Décision du 23 mars 2017</b> portant habilitation pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L.312-8 et D.312-201 du code de l'action sociale et des familles .....	29
<b>Décision n° 2017-07 du 1<sup>er</sup> avril 2017</b> de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant délégation de signature .....	108
<b>Circulaire n° SG/2017/60 du 17 février 2017</b> relative au développement du service civique dans le champ de la santé, du médico-social et dans les ARS .....	109
<b>Délibération n° 2017-02 du 27 février 2017</b> adoptant le compte financier 2016 du Centre national de gestion .....	112
<b>Délibération n° 2017-03 du 27 février 2017</b> portant affectation du résultat 2016 du Centre national de gestion .....	113
<b>Délibération n° 2017-03-01 du 16 mars 2017</b> portant approbation du compte financier 2016 et affectation du résultat 2016.....	114
<b>Délibération n° 2017-03-02 du 16 mars 2017</b> relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre).....	115
<b>Délibération n° 2017-03-04 du 16 mars 2017</b> relative à la demande de remise gracieuse formée par le groupe hospitalier Est Réunion (GHER) .....	116
<b>Délibération n° 2017-03-05 du 16 mars 2017</b> portant sur les frais de mission afférents aux instances du FIPHFP .....	117
<b>Délibération n° 2017-03-06 du 16 mars 2017</b> portant sur la prise en charge des coûts d'acheminement électronique et de mise à disposition des dossiers des membres du comité national du FIPHFP....	119
<b>Délibération n° 2017-03-07 du 16 mars 2017</b> portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.....	120
<b>Délibération n° 2017-03-08 du 16 mars 2017</b> portant approbation de la convention-cadre de coopération entre l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP).....	122
<b>Délibération n° 2017-03-09 du 16 mars 2017</b> portant approbation de la convention de partenariat entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP) .....	123
<b>Délibération n° 2017-03-10 du 16 mars 2017</b> portant sur les interventions du FIPHFP relative au plafonnement des interventions financées par employeur au moyen de la plateforme des aides du FIPHFP .....	124
<b>Délibération n° 2017-03-11 du 16 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil scientifique .....	125
<b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés....	126

## SANTÉ

### *Professions de santé*

<b>Arrêté du 21 mars 2017</b> fixant le calendrier 2017 de la procédure nationale de choix de la discipline, de la spécialité et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales.....	128
<b>Arrêté du 29 mars 2017</b> modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales .....	129
<b>Arrêté du 5 avril 2017</b> portant nomination des membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours à titre européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2017-2018 .....	130
<b>Arrêté du 11 avril 2017</b> portant nomination des membres du jury des épreuves du concours spécial d'internat de médecine du travail au titre de l'année universitaire 2017-2018 .....	133
<b>Arrêté du 2 mai 2017</b> modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ( <i>JORF</i> n° 109 du 10 mai 2017).....	135

### *Établissements de santé*

<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général du centre Georges-François-Leclerc, centre de lutte contre le cancer, de Dijon.....	151
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer, à Marseille.....	152
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut de cancérologie de Lorraine, centre de lutte contre le cancer, à Nancy .....	153
<b>Arrêté du 22 mars 2017</b> portant nomination du directeur général du centre Henri-Becquerel, centre de lutte contre le cancer, à Rouen .....	154
<b>Arrêté du 3 avril 2017</b> fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de janvier 2017 .....	155
<b>Instruction n° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017</b> relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer.....	157
<b>Instruction n° DGS/PP4/DGOS/PF2/2017/77 du 3 mars 2017</b> relative à la dispensation des facteurs anti-hémophiliques VIII et IX.....	202
<b>Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017</b> relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.....	204
<b>Instruction n° DGOS/R1/2017/110 du 29 mars 2017</b> relative à l'application du coefficient prudentiel dans les établissements de santé mentionnés au <i>d</i> de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale .....	214

### Organisation

<b>Instruction n° DGOS/R2/2017/90 du 15 mars 2017</b> relative aux pratiques de facturation interétablissements des transports SMUR secondaires .....	219
---	-----

### Gestion

<b>Instruction n° DGOS/PF1/2017/63 du 24 février 2017</b> relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21 (actualisation de l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015).....	221
--	-----

	Pages
<b>Personnel</b>	
<b>Arrêté du 20 mars 2017</b> portant nomination de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière.....	226
<b>Arrêté du 21 mars 2017</b> relatif à la composition du jury de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des attachés d'administration hospitalière stagiaires.....	228
<b>Arrêté du 31 mars 2017</b> portant inscription au titre de l'année 2017 au tableau d'avancement complémentaire à la hors-classe du corps des directeurs des soins .....	229
<b>Arrêté du 4 avril 2017</b> relatif à la nomination de M. Patrick DENIEL en qualité de directeur général, par intérim, des Hospices civils de Lyon.....	230
<b>Décision du 7 avril 2017</b> désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles.....	231
 <b>Santé publique</b>	
<b>Arrêté du 9 mai 2017</b> portant labellisation de centres de références pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares.....	232
<b>Décision du 15 mars 2017</b> portant agrément de la société ADISTA pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients, dénommée «OppiDom» .....	256
<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de l'association Service et informatique du groupe Mutualité sociale agricole et de ses partenaires (SIGMAP) pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel pour le compte de la Régie autonome des transports parisiens (RATP).....	257
<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de la société ASPLENIUM HOSTING SERVICES pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients et utilisées à des fins de suivi médical .....	258
<b>Décision du 16 mars 2017</b> portant agrément de la société TESSI GED pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées <i>via</i> la solution «GED-SAE Docubase».....	259
<b>Décision du 4 avril 2017</b> portant renouvellement d'agrément de la société IBO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients.....	260
<b>Décision du 4 avril 2017</b> portant agrément du centre hospitalier et universitaire de Strasbourg pour une prestation de mise à disposition d'une infrastructure d'hébergement de données à caractère personnel collectées par les applications fournies par les clients .....	261
<b>Décision du 6 avril 2017</b> modifiant la décision du 7 janvier 2016 portant renouvellement d'agrément de la société Arrow ECS pour une prestation d'hébergement d'applications fournies par les clients et gérant des données de santé à caractère personnel collectées à des fins de suivi médical.....	262
<b>Instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017</b> relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires .....	263
 <b>Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène</b>	
<b>Instruction n° DGS/SP2/DGOS/PF2/2017/61 du 22 février 2017</b> relative aux lignes directrices de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose résistante et multirésistante .....	281
 <b>Santé environnementale</b>	
<b>Note d'information n° DGS/EA2/2017/80 du 10 mars 2017</b> relative à la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public .....	292

Urgences

<b>Instruction interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2017/102 du 24 mars 2017</b> relative aux moyens hélicoptérés de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et des établissements de santé utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente.....	<b>297</b>
---	------------

## SOLIDARITÉS

### *Professions sociales*

<b>Instruction n° DGCS/SD4/2017/44 du 6 février 2017</b> relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les quatre diplômes suivants, en matière d'autisme: diplôme d'État d'éducateur spécialisé; diplôme d'État d'éducateur pour jeunes enfants; diplôme d'État de moniteur éducateur; diplôme d'État d'aide médico-psychologique .....	<b>325</b>
--	------------

### *Établissements sociaux et médico-sociaux*

<b>Arrêté du 28 mars 2017</b> 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° 0080 du 4 avril 2017) .....	<b>344</b>
--	------------

### *Action sociale*

<b>Instruction n° DGCS/3A/CNSA/2017/103 du 21 mars 2017</b> relative aux modalités de répartition de la dotation prévue au X de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile.....	<b>350</b>
--	------------

### *Enfance et famille*

<b>Décision du 31 mars 2017</b> du comité de gestion du fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE) .....	<b>370</b>
---	------------

### *Exclusion*

<b>Instruction interministérielle n° DGCS/SD1C/DGFIP/DGEFP/2017/73 du 2 mars 2017</b> relative à la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion .....	<b>371</b>
---	------------

### *Droits des femmes*

<b>Circulaire n° DGCS/B3/DGEFP/DGT/2017/79 du 8 mars 2017</b> relative à la mise en œuvre du premier plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.....	<b>400</b>
--	------------

## PROTECTION SOCIALE

### *Sécurité sociale : organisation, financement*

<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Midi-Pyrénées.....	<b>411</b>
--	------------



	Pages
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres des conseils départementaux du Cher et du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre.....	412
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Corrèze auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin.....	413
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental du Haut-Rhin auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Alsace .....	414
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de l'Hérault auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon.....	415
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne .....	416
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Meuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Lorraine.....	417
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental du Calvados au sein du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Basse-Normandie .....	418
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental du Nord auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Nord-Pas-de-Calais .....	419
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination de membres du conseil départemental de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes.....	420
<b>Arrêté du 10 mars 2017</b> portant nomination d'un membre du conseil départemental de Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	421
<b>Arrêté du 29 mars 2017</b> portant désignation d'une personnalité qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger .....	422
<b>Note d'information n° DGOS/PF2/DGS/PP2/DSS/1C/2017/117 du 3 avril 2017</b> relative à la continuité de la prise en charge d'OPDIVO® nivolumab dans le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) de type non épidermoïde.....	423
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille 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.....	426
<b>Liste</b> des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité .....	427
 <i>Assurance maladie, maternité, décès</i>  	
<b>Référentiel de contrôle du 22 mars 2017</b> établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et relatif à la prise en charge des frais de santé .....	428



### *Assurance vieillesse*

<b>Instruction n° DSS/2A/2C/3A/2017/67 du 14 mars 2017</b> relative à l'évolution des pensions d'invalidité, de l'allocation supplémentaire d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, des rentes d'incapacité permanente, de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et du capital décès au titre de l'année 2017.....	<b>433</b>
---	------------

### *Prestations familiales*

<b>Circulaire n° DSS/DACI/2017/92 du 16 mars 2017</b> relative à la révision du barème des indemnités pour charge de famille en application de convention générale du 20 janvier 1972 sur la sécurité sociale entre la République française et la République de Turquie.....	<b>436</b>
<b>Circulaire n° DDS/DACI/2017/93 du 16 mars 2017</b> relative à la révision du barème des participations aux allocations familiales en application de la convention générale franco-malienne de sécurité sociale du 12 juin 1979.....	<b>439</b>
<b>Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/97 du 21 mars 2017</b> relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1 <sup>er</sup> avril 2017.....	<b>442</b>
<b>Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/98 du 21 mars 2017</b> relative à la revalorisation des prestations familiales servies en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte au 1 <sup>er</sup> avril 2017.....	<b>447</b>

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 28 mars 2017 relatif aux décisions de titularisation des ingénieurs du génie sanitaire promotion 2015**

NOR : AFSR1730166A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

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

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

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

Vu l'arrêté du 12 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2016 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire ;

Vu la décision du jury en date du 28 mars 2017,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

L'ingénieur du génie sanitaire dont le nom suit est déclaré apte à être titularisé à compter du 23 avril 2017, sous réserve de remplir les conditions statutaires requises à cette date : MARQUIS Anne.

#### Article 2

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

Fait le 28 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le chef 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

### **Arrêté du 1<sup>er</sup> avril 2017 portant fin de formation initiale d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale**

NOR : AFSR1730173A

La ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes et la ministre de la ville, de la jeunesse et des sports,

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

Vu le décret n° 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° 2002-1569 du 24 décembre 2002 modifié portant statut particulier du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale modifié, notamment son article 10-1 ;

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

Vu la saisine du directeur de l'École des hautes études en santé publique en date du 21 mars 2017 visant à mettre fin à la formation initiale de M. Michel HUCHER, inspecteur-élève de l'action sanitaire et sociale promotion 2016-2017 ;

Considérant qu'au 21 mars 2017 M. Michel HUCHER cumule 81 jours de congés autres que le congé annuel depuis son entrée en formation initiale au 1<sup>er</sup> mars 2016 ;

Considérant que ces absences ont interrompu le cycle de formation initiale pendant une période supérieure à deux mois et ont pour conséquence l'impossibilité d'évaluer le parcours de formation initiale de M. Michel HUCHER ;

Sur la proposition du directeur de l'École des hautes études en santé publique en date du 21 mars 2016,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Il est mis fin à la formation initiale d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale de M. Michel HUCHER à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

#### Article 2

L'intéressé n'est pas autorisé à effectuer une nouvelle année de formation.

#### Article 3

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

Fait le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur des ressources humaines,*  
J. BLONDEL

## 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 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 : AFSR1730163A

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° 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° 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° 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<sup>er</sup>

Le jury est présidé par Mme Marie-Françoise LEMAITRE, sous-directrice du pilotage des ressources, du dialogue social et du droit des personnels à la direction des ressources humaines.

#### Article 2

Sont nommés membres du jury pour l'épreuve d'entretien prévue à l'article 10 de l'arrêté du 13 octobre 2004 modifié susvisé :

##### *Groupe d'examineurs n° 1*

Mme Véronique DEFFRASNES, représentant la directrice des finances, des achats et des services, coordonnatrice.

M. Stéphane MULLIEZ, directeur général adjointe de l'agence régionale de santé de Bretagne.

M. Didier DUPORT, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Corse.

Mme Karine HUET, membre en activité du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale.

M. Jean-François BOUDET, enseignant exerçant au sein d'une université ou d'un organisme de recherche.

##### *Groupe d'examineurs n° 2*

Mme Danielle METZEN, représentant la directrice des ressources humaines.

M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine.

Mme Sophie CHAILLET, directrice régionale adjointe de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France.

M. Karl FLEURISSON, membre en activité du corps de l'inspection de l'action sanitaire et sociale.  
M. Joël LADNER, enseignant exerçant au sein d'une université ou d'un organisme de recherche.

#### Article 3

Pour les personnes recrutées dans le corps des inspecteurs de l'action sanitaire et sociale par la voie contractuelle dans le cadre du décret n° 95-979 du 25 août 1995 susvisé, sont adjoints au jury pour l'épreuve d'entretien :

1. Un représentant de l'autorité administrative ayant pouvoir de nomination :

Mme Véronique VERBIÉ, cheffe de pôle formation statutaire et préparation aux concours et examens à la direction des ressources humaines.

2. Une personne compétente en matière d'insertion professionnelle des personnes handicapées :

Mme Catherine LE-ROY, adjointe à la mission diversité et égalité des chances de la direction des ressources humaines.

#### Article 4

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

Fait le 6 avril 2017.

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

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,  
DE LA SANTÉ

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

Secrétariat général

Délégation à l'information et à la communication DICOM

#### **Décision du 15 mars 2017 portant création d'une commission locale de concertation à la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux et désignation de ses membres**

NOR : AFSZ1730161S

Le délégué à l'information et à la communication,

Vu le décret n° 2013-727 du 13 août 2013 portant création, organisation et attribution d'un secrétariat général des ministères des affaires sociales ;

Vu la décision du 28 février 2013 relative aux commissions locales de concertation de l'administration centrale des ministères chargés des affaires sociales, de la santé, des sports, de la jeunesse, de l'éducation populaire, de la vie associative et de la ville ;

Après consultation des organisations syndicales représentatives siégeant dans les comités techniques d'administration centrale des ministères sociaux,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Les dispositions de la décision du 28 février 2013 susvisée sont applicables à la commission locale de concertation de la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux.

#### Article 2

La répartition des sièges pour les représentants du personnel appartenant à la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux mandatés par les organisations syndicales est la suivante :

- CGT : 2 sièges ;
- CFDT : 2 sièges ;
- UNSA : 1 siège ;
- CFTC : 1 siège.

#### Article 3

Sont désignés pour représenter, au sein de la commission locale de concertation de la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux :

#### *CGT*

Mme Véronique ARTIGES, en qualité de membre titulaire.  
M. Jacky FRENOY, en qualité de membre titulaire.

#### *CFDT*

M. Antoine UHALDE, en qualité de membre titulaire.  
Mme Anne-Hélène ETESSE, en qualité de membre titulaire.

*UNSA*

M. Stéphane JOUSSEAUME, en qualité de membre titulaire.

Mme Joëlle MARCHETTI, en qualité de membre suppléant.

Article 4

Sont désignés en qualité de représentants de l'administration de la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux :

- le délégué à l'information et à la communication des ministères sociaux ;
- la déléguée adjointe en charge des ressources ;
- le chef du bureau des ressources ou son adjoint(e).

Article 5

Le secrétariat de la commission locale de concertation de la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux est assuré par l'adjoint(e) du chef du bureau des ressources.

Article 6

La présente décision prendra effet le 15 mars 2017.

Article 7

La décision du 20 mai 2015 portant création d'une commission locale de concertation à la délégation à l'information et à la communication des ministères sociaux est abrogée.

Article 8

Le délégué à l'information et à la communication des ministères sociaux est chargé de l'exécution de la présente décision qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 mars 2017.

*Le délégué à l'information et à la communication,*  
P. GUIBERT



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG  
Centre national de gestion

#### **Arrêté du 6 mars 2017 relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique**

NOR : AFSN1730132A

La directrice générale du Centre national de gestion,  
Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;  
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu le décret n° 77-812 du 13 juillet 1977 relatif au régime de sécurité sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial ;  
Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;  
Vu l'arrêté du 15 avril 2013 fixant les modalités des concours sur épreuves d'admission au cycle de formation des élèves directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;  
Vu la liste des candidats définitivement admis aux concours interne et externe d'admission au cycle de formation des élèves directeurs et élèves directrices des soins organisés par le Centre national de gestion,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés élèves directeurs et élèves directrices des soins, issus du concours externe, à l'École des hautes études en santé publique, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, et rémunérés à compter de cette date, sur la base de l'indice afférent au 1<sup>er</sup> échelon du premier grade de directeur des soins (indice brut 610) les personnels ci-après désignés :

Mme ABBAS Rachida.  
Mme PERES-BRAUX Ghislaine.

#### Article 2

Les personnels désignés ci-après, issus du concours interne, nommés élèves directeurs et élèves directrices des soins à l'École des hautes études en santé publique, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, ayant antérieurement la qualité de fonctionnaire, sont placés en position de détachement pendant la durée du stage et conservent, s'ils y ont avantage, le bénéfice de leur indice de traitement, sans préjudice des dispositions susceptibles de leur être appliquées en matière d'indemnités compensatrices :

Mme AMROUN Claire.  
Mme ANDRO-MELIN Alexandra.  
M. ANTONELLO Marc.  
Mme ARNAUD-DOUVILLE Valérie.  
M. BACHELLEZ Cédric.  
Mme BANCHET Fabienne.  
Mme BAYLE Isabelle.  
Mme BIANCO Véronique.  
Mme BOMPART Vanessa.  
Mme BOUGEARD Valérie.

M. BOUILLOT David.  
Mme BOUROUMA Djémila.  
M. BURETTE Michaël.  
M. CADART Aurélien.  
Mme CALARD Corinne.  
Mme CASTEL Laurence.  
Mme CHICHE Michèle.  
M. CHOUAT Mohammed.  
Mme CORRE Valérie.  
M. DELRIEU Anthony.  
M. DESEILLE Reynald.  
M. DUBOIS Julien.  
Mme FAUQUEUR Laëtitia.  
Mme FEDKOW Carole.  
Mme FREDJ Karine.  
Mme KARADENIZ Khadidja.  
Mme LAROCHE Céline.  
Mme LE NAOUR Brigitte.  
Mme LEGGERI Murielle.  
Mme LEROY Cathy.  
M. LETENNEUR Benoît.  
Mme MARCHAND Stéphanie.  
Mme MIRAVETE Véronique.  
Mme MOKRITZKY Christine.  
Mme MORISSE Valérie.  
M. PERENNOU Dominique.  
Mme PLAZA Murielle.  
Mme PROVOLO Peggy.  
M. RAFFY Patrick.  
Mme RISPAL Évelyne.  
M. ROBIC Yann.  
Mme SILLY Fabienne.  
Mme SMOLIK Pascale.  
Mme TAHRI Najat.  
Mme ZANGLA Pascale.

### Article 3

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

Fait le 6 mars 2017.

Pour la directrice générale et par délégation :  
*La directrice générale adjointe,*  
P. RENOUL

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG  
Centre national de gestion

#### **Arrêté du 6 mars 2017 portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique**

NOR : AFSN1730133A

La directrice générale du Centre national de gestion,  
Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;  
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu le décret n° 77-812 du 13 juillet 1977 relatif au régime de sécurité sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial ;  
Vu le décret n° 2001-424 du 14 mai 2001 modifié fixant le régime indemnitaire à l'École des hautes études en santé publique des élèves-directeurs et élèves-directrices stagiaires ;  
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 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu l'arrêté interministériel du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu la liste des candidats définitivement admis aux concours d'admission au cycle de formation des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale organisé par l'École des hautes études en santé publique pour l'accès aux emplois du personnel de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et rémunérés à compter de cette date sur la base de l'indice brut 419, sans préjudice des dispositions susceptibles de leur être appliquées en matière d'indemnités compensatrices, les personnels ci-après désignés :

Mme ANDRE-POYAUD Florie.  
Mme AREND Louise.  
Mme BARRAL Anne-Lise.  
Mme BATAJON Sylviane.  
Mme BELAADI Janette.  
Mme BENAÏSSA Nora.  
M. BENNIS Driss.  
Mme BEROLATTI Élise.  
M. BERTRAND Thomas.  
M. BLART Laurent.  
M. BLETTERER Julien.

M. BONNEL Vincent.  
M. BOUCHER Quentin.  
M. BOUYAHIAOUI Kamel.  
M. CASALIS Rémi.  
Mme CHABAGNO Lucie.  
Mme CHABOD Anne-Gaëlle.  
M. CHABOT Laurent.  
M. CHAIGNEAU Maxime.  
M. CHOUVEL Rudy.  
M. CILLA Touali  
M. DELSOL Jérôme.  
M. DEMONSANT Éric.  
M. DESHORS Guillaume.  
M. DUONG QUANG TRUNG Jean Louis.  
M. EVAIN Aldric.  
Mme FEUKEU Djachine.  
M. GARNIER Quentin.  
Mme GAZAIX Léna.  
Mme GIORDANO Camille.  
Mme GRIENENBERGER Sophie.  
M. HENAFF Quentin.  
M. HÉRAULT Augustin.  
M. HEYRMAN Éric.  
Mme JACQUARD Camille.  
M. JANAHA Nabil.  
Mme JARRY Véronique.  
M. JAUBERT Stéphane.  
Mme JEAN Amélie  
M. JIMENEZ Vincent.  
Mme JOYEUX Julie.  
Mme KOHLMULLER DARS Flora.  
Mme KOOB Justine.  
Mme LANFRANCHI Sorya.  
Mme LAPLANCHE Élodie.  
Mme LASSALLE Laurie.  
M. LAVENU Gilles.  
Mme MALACRIA Morgane.  
M. MALCZYK Evan.  
Mme MALESCOT Cécile.  
Mme MARON SIMONET Anne.  
Mme MARTIN Melody.  
Mme MASQUELIER Aurore.  
Mme MENUET Nathalie.  
M. MORAND Alexandre.  
Mme NALET Marie.  
Mme NOVIANT-LAFFANOUR Emma-Lou.  
M. POULENC Thomas.  
Mme RASTOUIL Vanessa.  
M. REBAUDIERES Mathieu.  
Mme RENAUT Marion.

Mme ROBLOT-COULANGES Marie-France.  
M. ROUAULT Étienne.  
M. ROUGER David.  
M. RYSINSKI Jaroslaw.  
M. SECK Hervé.  
Mme SOUCHON Lucie.  
Mme STANGRET Madeleine.  
M. TAHORA Danil.  
Mme THUILLEAUX Léa.  
Mme TRANSON Sandy.  
M. URBAIN Pierre.  
Mme URCUN Mélisande.  
Mme VANBREMEERSCH Marine.  
M. VANDERMEERSCHEN Louis-Vladimir.  
M. VASSÉ Guillaume.  
Mme VÉLOT-LEROU Claire.  
Mme VEYRIÉ Alice.  
Mme VOLET Séverine.  
Mme VUILLIN Peggy.

#### Article 2

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

Fait le 6 mars 2017.

Pour la directrice générale et par délégation :  
*La directrice générale adjointe,*  
P. RENOUL

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 7 mars 2017 modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation  
des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé**

NOR : AFSZ1730122A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article R. 1432-126 ;

Vu l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé ;

Vu la demande de l'organisation syndicale UNSA Santé-cohésion sociale du 3 mars 2017,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Dans l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, les mots : « M. Patrick DONCK, ARS Bretagne » sont remplacés par les mots : « M. Jean-Marc KIMENAU, ARS Grand Est ».

#### Article 2

Dans l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, les mots : « M. Jean-Marc KIMENAU, ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine (suppléant) » sont supprimés.

#### Article 3

La ministre des affaires sociales et de la santé est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 7 mars 2017.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 28 mars 2017 portant nomination au bureau central de tarification**

NOR : AFSS1730135A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code des assurances, notamment ses articles L. 251-1, L. 252-1 et R. 250-1 à R. 250-4-1 ;  
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1142-2 ;  
Vu les propositions de la Fédération de l'hospitalisation privée en date du 6 février 2017, des entreprises du médicament en date du 14 février 2017, et du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales en date du 15 février 2017,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés en tant que membres du bureau central de tarification institué par l'article L. 252-1 du code des assurances :

##### 1° Au titre des établissements de santé

a) Mme Dominique-Chantal DOREL, représentant la Fédération hospitalière privée, membre titulaire.

b) M. Grégory CAUMES, représentant la Fédération hospitalière privée, membre suppléant.

##### 2° Au titre des producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé

a) Mme Christel CHEMINAIS, représentant le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales, membre titulaire.

b) M. David RAVANNE, représentant le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales, membre suppléant.

c) Mme Marianne BARDANT, représentant Les Entreprises du médicament, membre titulaire.

d) Mme Sofia AFONSO, représentant Les Entreprises du médicament, membre suppléant.

#### Article 2

Sont abrogés :

1° L'arrêté du 13 septembre 2012 portant nomination au bureau central de tarification.

2° L'arrêté du 24 avril 2015 portant nomination au bureau central de tarification.

#### Article 3

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 28 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service,*  
*adjoint au directeur de la sécurité sociale*  
J. BOSREDON



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 3 avril 2017 portant renouvellement des membres nommés  
du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris**

NOR : AFSA1730160A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 74-355 du 26 avril 1974 relatif à l'organisation et au régime administratif et financier des instituts nationaux de jeunes sourds et de jeunes aveugles, notamment son article 4 ;

Vu l'arrêté du 23 novembre 2015 modifié portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles de Paris,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>**

Est nommée au conseil d'administration de l'Institut national des jeunes aveugles : Mme Marie-Christine Diringier, conseillère régionale d'Île-de-France, en remplacement de Mme Laure Lechatellier.

**Article 2**

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

Fait le 3 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :

*La cheffe du service des politiques sociales et médico-sociales,  
adjointe au directeur général de la cohésion sociale,*

C. TAGLIANA

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ATI  
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

#### **Décision n° 2016-155 du 24 août 2016 fixant la composition de la commission consultative paritaire de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation**

NOR : AFSX1631141S

Le directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation,

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

Vu l'article 4 du décret n° 2003-224 du 7 mars 2003 fixant les règles applicables aux personnels contractuels de droit public recrutés par certains établissements publics intervenant dans le domaine de la santé publique ou de la sécurité sanitaire ;

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 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation n° 2014-134 fixant les modalités du scrutin ;

Vu le titre I<sup>er</sup>, chapitre 4, du règlement intérieur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relatif à la commission consultative paritaire ;

Vu les résultats du scrutin du 4 décembre 2014 ;

Vu la nomination de Mme Sandrine Poirson-Schmitt en qualité de secrétaire générale,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés représentants de l'administration à la commission consultative paritaire créée auprès du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation :

##### *Membres titulaires*

M. Housseyni Holla, président.  
Mme Sandrine Poirson-Schmitt.  
Mme Agnès Mounier.  
Mme Véronique Sauvadet.

##### *Membres suppléants*

M. Max Bensadon.  
Mme Françoise Bourgoïn.  
Mme Joëlle Dubois.  
Mme Marie-Sophie Herrard.

#### Article 2

Sont élus représentants du personnel à la commission consultative paritaire créée auprès de la directrice de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation :

#### **Catégorie 1**

##### *Membres titulaires*

M. Marc Mossand.  
M. Albans Demblocque.

*Membres suppléants*

Mme Nathalie Rigollot.  
M. Samir Kaïdi.

**Catégorie 2**

*Membre titulaire*

M. Xavier Malin.

*Membre suppléant*

M. Waadi Achour.

**Catégorie 3**

*Membre titulaire*

Mme Jamila Bahra.

*Membre suppléant*

Mme Jeanine Defever.

**Article 3**

La décision n° 2014-150 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation datée du 8 janvier 2015 est abrogée.

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

Fait le 24 août 2016.

*Le directeur général,*  
H. HOLLA

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ATI  
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

#### **Décision n° 2016-157 du 24 août 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relative au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**

NOR : AFSX1631142S

Le directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation,

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

Vu le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 portant modification du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 15 juin 2012 relatif à la création du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail d'établissement public de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;

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° 2014-134 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant sur les modalités de vote dans le cadre des élections professionnelles du 4 décembre 2014 ;

Vu le procès-verbal des opérations de dépouillement de vote au comité technique d'établissement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation dans le cadre des élections professionnelles du 4 décembre 2014 ;

Vu la désignation des représentants des organisations syndicales CFDT et CGT en date du 16 mars 2015 ;

Vu la nomination de Mme Sandrine Poirson-Schmitt en qualité de secrétaire générale à dater du 9 mai 2016,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

La composition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est fixée comme suit :

##### a) Représentants de l'administration

Président : le directeur général M. Housseyni Holla ou, par empêchement, Sandrine Poirson-Schmitt, secrétaire générale.

Le responsable ayant autorité en matière de ressources humaines : Sandrine Poirson-Schmitt, secrétaire générale, ou, par empêchement, Agnès Mounier, responsable du pôle gestion des ressources humaines et communication interne.

##### b) Représentants du personnel

Pour la CFDT, 3 membres titulaires et 3 membres suppléants :

Albans Demblocque, titulaire.

Axelle Menu, titulaire.

Fatiha Boualouan, titulaire.

Marc Mossand, suppléant.

Guylène Robert, suppléant.

Samir Kaidi, suppléant.

Pour la CGT, 1 membre titulaire et 1 membre suppléant :

Myriam Martin, titulaire.

Nicolas Dapzol, suppléant.

c) Les médecins de prévention des sites de Paris et Lyon et l'assistant de prévention

d) L'inspecteur santé et sécurité au travail

#### Article 2

La décision n° 2015-006 du directeur de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation datée du 10 avril 2015 est abrogée.

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

Fait le 24 août 2016.

*Le directeur général de l'ATIH,*  
H. HOLLA

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

#### **Décision n° DS 2017-07 du 10 mars 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730174S

Le président de l'Établissement français du sang,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-6 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° 2011-07 en date du 31 mars 2011 nommant Mme Christine BECEL, en qualité de secrétaire générale de l'EFS Bretagne ;  
Vu la décision n° 2016-06 du président de l'Établissement français du sang en date du 16 mars 2016 nommant M. Gilbert SEMANA, directeur de l'Établissement français du sang Bretagne ;  
Vu, en application de l'article R. 1222-6 du code de la santé publique, la délibération n° 2000-03 du conseil d'administration en date du 7 juillet 2000, portant délégation de pouvoir au président de l'Établissement français du sang,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Délégation est donnée à M. Gilbert SEMANA, directeur de l'Établissement français du sang Bretagne, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la passation, la conclusion et l'exécution, y compris le choix du titulaire et la signature, des marchés publics de travaux et services associés relatifs à l'opération de construction du plateau technique de Rennes.

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Gilbert SEMANA, délégation est donnée à Mme Christine BECEL, secrétaire générale de l'Établissement français du sang Bretagne, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

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

Fait le 10 mars 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 2017-08 du 14 mars 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730175S

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 ;

Vu la décision n° N 2017-01 du 23 janvier 2017 du président de l'Établissement français du sang portant nomination de M. Christophe Vinzia en qualité de secrétaire général par intérim de l'établissement de transfusion sanguine de Nord de France ;

Vu le règlement intérieur des marchés de l'Établissement français du sang,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

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, les actes relatifs à la préparation, à la procédure de passation et à l'exécution, hormis l'attribution et la signature du marché public ainsi que les actes précontentieux, du marché public national de fourniture de réactifs d'immunologie infectieuse utilisable en qualification biologique des dons de sang pour le dépistage des anticorps antipaludéens.

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Rémi Courbil, directeur de l'EFS Nord de France, délégation est donnée à M. Christophe Vinzia, secrétaire général de l'EFS Nord de France, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup> de la présente décision.

#### Article 3

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

Fait le 14 mars 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° N 2017-05 du 15 mars 2017 portant nomination d'un correspondant d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730179S

Le président de l'Établissement français du sang,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1221-39 ;  
Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;  
Sur proposition de la personne responsable,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Mme Nadia KHALDI est nommée correspondante d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle de l'établissement de transfusion sanguine Aquitaine-Limousin à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

#### Article 2

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et communiquée au directeur général de l'ANSM et au coordinateur régional d'hémovigilance concerné.

Fait le 15 mars 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 2017-09 du 15 mars 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730176S

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 2015-07 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 nommant Mme Marie-Emilie JEHANNO aux fonctions de directrice générale déléguée en charge des ressources humaines 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,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier de l'Établissement français du sang, reçoit délégation de signature pour signer tous les actes nécessaires à la continuité du service public de la transfusion sanguine du 24 mars au 4 avril 2017 inclus.

#### Article 2

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, Mme Marie-Emilie JEHANNO, directrice générale déléguée en charge des ressources humaines, reçoit délégation de signature aux mêmes fins.

#### Article 3

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

Fait le 15 mars 2017.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS  
Haute Autorité de santé

**Décision n° 2017-0027 DP/SG du 20 mars 2017 de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé portant délégation de signature au chef du service évaluation des actes professionnels**

NOR : HASX1730140S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

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,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Délégation permanente est donnée à M. Cédric Carbonneil, chef du service évaluation des actes professionnels, pour signer, en mon nom et dans la limite de ses attributions, tout acte relatif au fonctionnement et aux activités de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19999 € (HT) par engagement.

#### Article 2

La présente décision prend effet le 20 mars 2017 et sera publiée au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 20 mars 2017.

*La présidente de la Haute Autorité de santé,*  
Pr A. BUZYN

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° N 2017-06 du 23 mars 2017 portant nomination  
à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730180S

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<sup>er</sup>

M. Christophe VINZIA est nommé secrétaire général de l'établissement de transfusion sanguine Nord de France à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

Article 2

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

Fait le 23 mars 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° N 2017-09 du 23 mars 2017 portant nomination  
à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730181S

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<sup>er</sup>

M. Pierre SELLES est chargé d'assurer l'intérim des fonctions de directeur adjoint de l'établissement de transfusion sanguine Guadeloupe-Guyane à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

Article 2

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

Fait le 23 mars 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° 2017-10 du 23 mars 2017 portant nomination  
d'un pharmacien responsable intérimaire à l'Établissement français du sang**

NOR : AFSK1730182S

Le président de l'Établissement français du sang,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1223-1, L. 5124-9-1, L. 5124-4,  
R. 5124-28-1 et R. 5124-30 ;  
Vu le décret du 15 octobre 2012 portant nomination du président de l'Établissement français  
du sang,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Mme Sophie Derenne est désignée en qualité de pharmacien responsable intérimaire de l'Établissement français du sang à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 et pour une durée de trois mois.

#### Article 2

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sera notifiée au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Fait le 23 mars 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 2017-10 du 23 mars 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730177S

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 2015-09 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 portant nomination de Mme Christel DUBROCA aux fonctions de directrice des affaires financières,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

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, 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 d'un montant inférieur à 50000 € (HT) :
  - les notes justifiant le choix du titulaire du marché ;
  - les engagements contractuels ;
  - les admissions et les constatations du service fait.
2. Pour les marchés publics d'un montant égal ou supérieur à 50000 € (HT) :
  - les ordres de service ;
  - les admissions et les constatations du service fait.
3. Les bons de commande portant sur les dépenses d'investissement, quel qu'en soit le montant, à l'exclusion des bons de commande afférents aux marchés publics de la direction des affaires financières.
4. En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, et de Mme Emmanuelle POUPARD, directrice adjointe des achats et des approvisionnements, les bons de commande portant sur les dépenses de fonctionnement, à l'exclusion des bons de commande afférents aux marchés publics de la direction des affaires financières.
5. Les certifications de service fait, excepté pour les prestations dont elle aura constaté le service fait.

#### Article 2

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Christel DUBROCA, délégation est donnée à Mme Nathalie SERRE, directrice adjointe 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 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Fait le 23 mars 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 2017-11 du 23 mars 2017 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : AFSK1730178S

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 2015-03 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 nommant M. François CHARPENTIER aux fonctions de directeur de la chaîne transfusionnelle de l'Établissement français du sang,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Délégation est donnée à M. François CHARPENTIER, directeur de la collecte et de la production des PSL, 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 :

- 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 du 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 du service fait.

#### Article 2

En cas d'absence ou d'empêchement de M. François CHARPENTIER, délégation est donnée à Mme Chantal JACQUOT, directrice adjointe de la collecte et de la production des PSL, et à M. Hervé MEINRAD, directeur adjoint de la collecte et de la production des PSL, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de leurs attributions respectives, les actes visés à l'article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2017.

Fait le 23 mars 2017.

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



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANESM  
Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements  
et services sociaux et médico-sociaux

#### **Décision du 23 mars 2017 portant habilitation pour l'évaluation des établissements et services visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, en application des dispositions des articles L. 312-8 et D. 312-201 du code de l'action sociale et des familles**

NOR : AFSX1730134S

Le directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 312-8 et D. 312-201 ;

Vu l'arrêté du 13 avril 2007 portant approbation de la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2009 portant approbation de l'avenant n° 1 du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu l'arrêté du 19 septembre 2013 portant approbation du transfert de siège du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu l'arrêté du 11 décembre 2013 portant approbation de l'avenant n° 3 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu l'arrêté du 3 décembre 2015 portant approbation du transfert de siège du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2017 portant approbation de l'avenant n° 4 modifiant la convention constitutive du groupement d'intérêt public dénommé « Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

Vu la délibération n° 20081113-4 du conseil d'administration de l'ANESM en date du 13 novembre 2008 approuvant la procédure d'habilitation et la composition du dossier de demande d'habilitation ;

Vu l'avis favorable n° 2008-09 du conseil scientifique de l'ANESM en date du 2 octobre 2008 approuvant les conditions et modalités de l'habilitation,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont habilités les organismes suivants :

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES			
01 AIN			
ARCHES PERFORMANCE	H2016-05-1825	31 rue des Cavets - Les Combes 01250 JASSERON	513432120
FIFIS-BATTARD Véronique sous la dénomination « OPTIM Consult »	H2011-03-678	115 allée des Acacias 01250 MONTAGNAT	529214793

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>03 ALLIER</b>			
GECAC	H2010-07-505	21 rue de la Peille 03410 PREMILHAT	400997045
PASSAGNE Alain sous la dénomination « A.P.Consulting »	H2014-10-1577	139 avenue du Général de Gaulle 03100 MONTLUCON	478861123
THERAIN-MORAND Valérie sous la dénomination « FMVT Conseils »	H2014-03-1449	2 rue de la Croix des Vignes 03450 EBREUIL	798813887
VILTAÏS	H2014-05-1456	Avenue du Professeur Etienne Sorrel 03000 MOULINS	407521798
<b>07 ARDECHE</b>			
CAP FORMATION	H2015-07-1747	1 bis avenue de Chomérac 07000 PRIVAS	450311139
CONFORMANCE	H2015-10-1771	1 Montée du Château 07340 PEYRAUD	800246605
Institut de formation sanitaire sociale sciences humaines - if3sh	H2016-05-1837	47 route de Lazuel 07200 AUBENAS	818027344
OUZAZNA Alain sous la dénomination « Ardèche-Ingénierie-Sociale (AIS) »	H2014-03-1423	Quartier Mézanton 07170 LUSSAS	798530804
SARL VR Organisation et Management - DIOTIMA	H2016-03-1804	Le Village 07340 SAINT JACQUES D'ATTICIEUX	503785388
<b>15 CANTAL</b>			
BENMECHERNE Christine sous la dénomination « NORMAREGLA CONSEIL »	H2016-05-1822	31 rue du Collège 15000 AURILLAC	788928497
BONNET Michel sous la dénomination « C.I.A.G. - Centre d'Ingénierie et d'Animation en Gérontologie »	H2009-11-215	13 place du Champ de Foire 15000 AURILLAC	488918988
GINER Sandrine sous la dénomination « STRATEVIA Consultant »	H2014-03-1435	14 avenue du Garric 15000 AURILLAC	439593328
RIVALDI Lydie sous la dénomination « Qualité Santé 15 »	H2012-12-1056	14 rue des Morelles, Careizac 15130 YTRAC	753584382
<b>26 DROME</b>			
A.A.P.R.A.S	H2011-07-755	Le Moulin 26160 Le POËT-LAVAL	530749290
ASTIC Marie-France sous la dénomination « ASTIC-CONSEIL »	H2012-03-935	5 rue Nugues 26100 ROMANS SUR ISERE	422029074

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ATMP DE LA DROME - AEVAL Conseil	H2017-03-1874	8 rue Jean Jaurès 26000 VALENCE	354004087
Caducée Vecteur de Performance	H2017-05-1903	1 rue Elie Chabert 26300 CHATUZANGE LE GOUBET	753053354
CARANNANTE Salvatore sous la dénomination « ISOCEL - QUALITÉ »	H2009-11-243	11 Val Chantesse 26260 SAINT-DONAT-SUR-L'HERBASSE	388726911
CIDEES	H2009-11-235	Le Crysval, BP 15317 26958 VALENCE CEDEX 9	451700447
IVAL'PRO PLUS	H2011-07-737	Ancien Chemin de Comps, Quartier Flachaire 26220 DIEULEFIT	529634487
GARDE Michel sous la dénomination « MG-CC »	H2011-03-677	13 chemin du Jabron 26200 MONTELIMAR	511733925
GREMILLET Pascal	H2009-11-248	9 Impasse Brandino Rossetti 26270 LORIOL SUR DROME	512600123
HERBAUT PATRICK	H2016-12-1867	11 avenue Maréchal Juin 26700 PIERRELATTE	821848686
ITERATIVE	H2016-07-1845	120 impasse Fontetu 26600 CHANTEMERLE LES BLES	751632605
O.S.E.R. Santé-Social	H2013-07-1212	Le presbytère, Le Village 26190 LA MOTTE FANJAS	792961401
QUALITE ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES	H2011-07-736	2 Impasse des Luts, C/o Mr Baillon J.Y. 26750 CHATILLON ST JEAN	507739795
RHIZOME	H2009-07-022	Les Vignes 26400 PIEGROS LA CLASTRE	393446646
SARL PARTULA CONSULTANTS	H2012-10-1033	« Le Rémy », 13 rue d'Athènes 26000 VALENCE	538681735
SOLSTICE	H2014-03-1446	10 rue Archinard 26400 CREST	438279382
TREFFOT Pascal sous la dénomination « TREFFOT Conseil »	H2009-11-199	8 route de Sainte Euphémie 26240 ST UZE	392029757
<b>38 ISERE</b>			
ALISIOS	H2009-11-309	10 allée de la Louvatière 38440 SAINT JEAN DE BOURNAY	417783677
ARGOS	H2014-07-1529	47 Avenue Alsace Lorraine, BP 1523 38000 GRENOBLE CEDEX 1	341948982

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AROBASE FORMATION	H2009-07-048	34 avenue de l'Europe Immeuble Le Trident - Bâtiment D 38100 GRENOBLE	451876916
ATIS Phalène	H2009-11-148	4 avenue Doyen Louis Weil 38000 GRENOBLE	382330827
AUDITEURS & CONSEILS ASSOCIES RHONE ALPES	H2010-07-497	3 chemin du Vieux Chêne 38240 MEYLAN	399194208
BALDOS Jean-Louis	H2015-07-1740	102 avenue Jean-Jaurès 38320 EYBENS	317702561
BURLET Delphine	H2012-12-1094	Les Gaudes, La Diat 38380 ST PIERRE DE CHARTREUSE	752918078
CABINET CRESS	H2009-11-327	25 boulevard Clemenceau 38100 GRENOBLE	489420471
CABINET LATITUDE SANTE	H2010-07-464	6 place Boyrivent 38460 TREPT	520546722
CANDIAGO Philippe	H2015-10-1767	61 impasse des Abeilles 38410 VAULNAVEYS LE HAUT	527668909
CARREFOUR DES COMPETENCES	H2013-10-1295	27 rue Pierre Sénard 38000 GRENOBLE	490124542
Convenance Consult	H2013-07-1202	480 chemin du Grand Envelump 38730 CHELIEU	791210719
COULON CEVOZ Christine	H2014-07-1516	231 chemin du Creusat, Chapèze 38300 ST SAVIN	524449998
CQAFD	H2012-12-1102	3 place du 23 Août 38300 BOURGOIN-JALLIEU	445272545
DHCM - Développement Humain, Conseil et Management - DHCM	H2009-07-017	12 allée de l'Atrium 38640 CLAIX	502801475
EQM - European Quality Management	H2009-11-273	16 rue Irène Joliot Curie 38320 EYBENS	351428628
GALLOTTI Denis sous la dénomination « Coaching et ressources humaines »	H2015-03-1687	6 place Pasteur 38950 ST MARTIN LE VINOUX	795178763
HAVARD Paul-Xavier	H2015-03-1693	745 route du Roulet 38620 ST GEOIRE EN VALDAINE	534975149
IDH SANTE SOCIAL	H2010-12-626	28 chemin de Champagneux 38300 BOURGOIN-JALLIEU	524809449

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
JOUSSERANDOT François sous la dénomination « François Jousserandot Evaluation »	H2013-10-1277	19 chemin des Tournelles 38000 GRENOBLE	489230508
MATTIOTTI Patrick sous la dénomination « CAIRN CONSEIL »	H2009-11-306	60 rue du Gambaud 38230 TIGNIEU-JAMEYZIEU	504737974
MERCIER PASCAL sous la dénomination « Education Inclusive Consultant - EIC »	H2017-05-1894	9 Rue Cuvier 38000 GRENOBLE	824881338
ORANTIS	H2009-11-254	Rue Saint-Giraud 38710 MENS	451300982
OXEO	H2016-07-1841	500 Chemin du Devey 38690 OYEU	797738317
STIEVENARD Henri sous la dénomination « FACQ SMS »	H2010-03-416	Les Coings 38210 MONTAUD	480276187
UNA ISERE	H2015-10-1758	Le Stratège, 17 avenue Salvador Allende 38130 ECHIROLLES	491869731
VAIRET Christian sous la dénomination « CQFD »	H2012-12-1068	299 Route du Souillet 38500 VOIRON	401278544
VARAP Développement - VARAP SCOP	H2009-07-036	4 rue Lafayette 38000 GRENOBLE	392734976
<b>42 LOIRE</b>			
ALLIROL Eliane sous la dénomination « ADEQUATE »	H2015-05-1727	Impasse de l'Ondenon 42150 LA RICAMARIE	809155039
ARCON Maison d'accueil et Loisirs	H2012-03-914	1 bis rue Mulsant 42300 ROANNE	422637546
ARJYL ASSISTANCE	H2010-03-378	9 boulevard de la Rochette 42700 FIRMINY	494001357
AUGEO SYNERGIE	H2013-03-1152	120 chemin de Goutte-Fougère 42110 CIVENS	752419986
Cépée Consultant	H2013-07-1170	74 route d'Ambierle 42370 ST HAON LE VIEUX	792602823
CONSEIL FORMATION ET STRATEGIE DES CLINIQUES	H2012-10-1030	79 avenue Albert Raimond 42270 ST PRIEST EN JAREZ	441496999
FOUCHEYRAND Patricia sous la dénomination « ACTI Conseils »	H2014-07-1526	19 allée des Pépinières 42240 SAINT PAUL EN CORNILLON	797599636
ILEFORM SANTE - Institut ligérien d'éducation et de formation	H2014-03-1391	Les bureaux de Montreynaud 2 allée Giacomo Puccini 42000 ST ETIENNE	534504725

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
LABROSSE Ludovic sous la dénomination « QUALITE SANTE ACCOMPAGNEMENT ET FORMATION »	H2012-07-968	25 boulevard des Belges 42120 LE COTEAU	538454638
MM2C	H2009-07-078	14 place des Grenadiers 42000 ST ETIENNE	383429891
SAS EVAL+	H2013-03-1158	18 rue de l'Avenir 42270 ST PRIEST EN JAREZ	789727690
<b>43 HAUTE-LOIRE</b>			
PORTAL-BAPTISTE Patricia	H2014-07-1513	9 rue du Pré de Mié 43270 ALLEGRE	800496978
VIGOT Chantal sous la dénomination « FORMATION SANTE »	H2012-12-1061	2 impasse des Alouettes 43700 ST GERMAIN LAPRADE	512537523
<b>63 PUY-DE-DOME</b>			
BAROT CONSEIL	H2015-03-1675	2 bis rue de Serbie 63000 CLERMONT FERRAND	808274591
BORNET Maurice sous la dénomination « EVAL 63 »	H2012-07-996	Les Meradoux 63160 EGLISENEUVE PRES BILLOM	538220815
CABINET DSI	H2012-03-920	7 rue de la Rivière 63118 CEBAZAT	338303068
CROUZOUOLON Rémy sous la dénomination « CABINET RCC »	H2016-03-1792	27 avenue Philippe Dufour 63300 THIERS	451417943
Enquête de Sens - EdS conseil	H2016-03-1816	62 avenue Edouard Michelin 63000 CLERMONT FERRAND	511323164
FERAUD-HÀ-PHAM Samuel sous la dénomination « ZED évaluation »	H2016-03-1798	32 avenue de la Gare 63300 THIERS	518923982
FERET Blandine sous la dénomination « MONTJOUX CONSEIL »	H2011-03-666	c/o EVOLYSS pit Lavour La Bechade 63500 ISSOIRE	509699625
FOUROT-BAUZON Olivier	H2013-03-1123	2 avenue du Général Gouraud 63150 LA BOURBOULE	753544709
FTEC - FRANCK TAVERT EVALUATION ET COOPERATION	H2010-12-615	302 rue des Conteaux 63270 LONGUES	527477939
GUERARD Catherine sous la dénomination « CABINET GUERARD CONSEIL »	H2009-11-170	62 avenue Edouard Michelin 63100 CLERMONT FERRAND	380025726
HB CONSEIL	H2016-12-1860	50, avenue Julien 63000 CLERMONT-FERRAND	822575239

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>69 RHONE</b>			
ABAQ CONSEIL EN MANAGEMENT	H2009-07-049	1 allée Alban Vistel 69110 STE FOY LES LYON	403419930
ACCEPT CONSULTANT	H2010-03-413	14 rue des Farges 69005 LYON	338113913
ACCOLADES	H2010-10-541	10 avenue des Canuts (Comptoir ETIC) Immeuble Woopa 69120 VAULX EN VELIN	512311184
ALGOE	H2017-05-1900	9 bis, Route de Champagne, CS 60208 69134 ECULLY CEDEX	352885925
APHILIA Conseil	H2017-03-1879	23 bis, rue du 11 Novembre 1918 69540 IRIGNY	822566295
ARFEGE	H2014-12-1638	15 rue Tronchet 69006 LYON	378324479
ASSOCIATION STEPS CONSULTING SOCIAL	H2011-07-776	1745 route du Pont des Soupirs 69380 CHARNAY	532360518
AUDICEE CONSEIL	H2012-07-987	5 rue de Verville 69670 VAUGNERAY	403237779
AUXIME	H2010-03-375	9 quai Jean Moulin 69001 LYON	404328510
BEFFEYTE Florence sous la dénomination « KALETIK CONSEIL »	H2016-10-1847	2 bis rue Louis Bouquet 69009 LYON	808142004
BLANCHOT Virginie sous la dénomination « INTERACTION Médico-social »	H2014-07-1508	47 avenue Valioud, Bât. Le Grépon 69110 SAINTE FOY LES LYON	395306459
BOUCHARD Pierrette sous la dénomination « APIMS accompagnement du projet institutionnel médicosocial »	H2015-03-1694	109 avenue Foch 69110 STE FOY LES LYON	420027211
CABINET KHEOPS CONSULTING	H2009-07-027	72 cours Charlemagne 69002 LYON	444104491
CONFORMACTIONS	H2009-11-153	302 rue Garibaldi 69007 LYON	504839432
DAMOUR Marie-Sabine sous la dénomination « AMIXI CONSEIL - associé APIMS - »	H2015-03-1691	46 place Andrée Marie Perrin 69290 CRAPONNE	512034042
DARWICHE Habib	H2013-12-1362	24 rue Jacques Reynaud 69800 ST PRIEST	535237135
DNV GL - Business Assurance France - DET NORSKE VERITAS BUSINESS ASSURANCE France	H2012-07-1007	1 allée du Lazio – ZI Champ Dolin, Parc Technoland 69800 SAINT PRIEST	327326914

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
DOC 2 SANTÉ	H2009-11-127	1 cours Albert Thomas 69003 LYON	500509351
DUPERRAY Jean-Jacques	H2012-07-962	11 quai Armand Barbes 69250 NEUVILLE SUR SAONE	528673411
ELANTIEL	H2012-07-960	11 avenue de la République - Bât C 69200 VENISSIEUX	493085989
ELP2-EGC SANTE SOCIAL	H2011-12-897	218 rue de Charriolle 69360 SOLAIZE	484803416
ELYCOOP	H2014-03-1399	26 rue Emile Decorps 69100 VILLEURBANNE	429851637
EVA2C L'équation sociale	H2011-07-795	33 chemin de Crecy 69370 SAINT DIDIER AU MONT D'OR	530200518
GASSAB Karim sous la dénomination « GK Conseil »	H2015-05-1728	36 bis rue des Vallières 69390 VOURLES	411588619
GERONTO-SERVICES	H2009-07-065	7 chemin du Gareizin, BP 32 69340 FRANCHEVILLE	510966997
GRIEPS - Groupe de recherche et d'intervention pour l'éducation permanente des professions sanitaires et sociales	H2009-07-016	58/60 avenue Leclerc, BAT 64 69007 LYON	414862672
Groupe Recherche Action -GRAC	H2014-03-1396	11 allée des Marronniers 69120 VAULX EN VELIN	794136994
GUINET François	H2013-12-1357	23 rue Valentin Couturier 69004 LYON	401699723
HABOUZIT Didier sous la dénomination « DHAC »	H2009-11-216	81 rue Jean Moulin 69300 CALUIRE ET CUIRE	407939214
HUMEZ Francia	H2014-07-1547	425 Cours Emile Zola 69100 VILLEURBANNE	401704119
ID&ES	H2011-10-812	46/48 chemin de la Bruyère - Innovalia - Bât A 69570 DARDILLY	533398491
INGENIORS	H2011-03-709	27 rue Songieu 69100 VILLEURBANNE	389792383
INSTITUT SAINT LAURENT	H2012-07-985	41 Chemin du Chancelier 69130 ECULLY	779883479
ISSARTELLE Patrick sous la dénomination « Patrick ISSARTELLE Conseil en Organisation »	H2014-05-1482	85 rue du 1 <sup>er</sup> mars 1943 69100 VILLEURBANNE	799214135



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ITINERE CONSEIL	H2012-03-917	34 rue Jean Broquin 69006 LYON	532521242
JAUD-PEDUZZI Caroline sous la dénomination « CJP CONSEIL »	H2010-07-455	29 quai Claude Bernard 69007 LYON	520297540
JLO CONSEIL	H2011-10-853	598 boulevard Albert Camus 69400 VILLEFRANCHE-SUR-SAONE	483199576
K2MANAGERS	H2016-03-1805	90 avenue Lanessan 69410 CHAMPAGNE AU MONT D'OR	490917150
LAUS Patricia	H2013-03-1129	75 chemin des Carrières Sud 69480 POMMIERS	415288414
LEGIO	H2016-12-1862	12 rue Germain 69006 LYON	810353318
M E T O D	H2010-03-408	61 cours de la Liberté 69003 LYON	323086892
MémO Ressources et Participation - MémO	H2017-03-1880	9 rue Edouard Millaud 69004 LYON	824207070
Michel ALLARD Consultants - EXOTEAM	H2014-03-1406	27 avenue Paul Santy 69130 ECULLY	442895330
MISSANA Sylvie	H2014-05-1473	64 rue Biolay 69620 LE BOIS D'OINGT	481709087
Néorizons	H2016-03-1809	10 bis rue de l'Abbaye d'Ainay 69002 LYON	814055513
NOERGIE	H2011-03-705	59 rue Duquesne, Immeuble Amplus 69006 LYON	524589983
NOVABILIS	H2010-10-540	Immeuble Lyon Ouest, 100 rue des Fougères 69009 LYON	423079615
OLLIER Christophe	H2014-03-1421	13 rue Gigodot 69004 LYON	753778125
OMNIDOM	H2017-03-1890	166 rue Vendôme 69003 LYON	808405039
OPTTEAMIZ	H2010-07-474	15 rue Marietton 69009 LYON	500832605
PLURICITE	H2012-03-909	1 cours de Verdun 69002 LYON	479182172

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
QUALA	H2014-07-1552	78 A rue de Fontanieres 69100 VILLEURBANNE	535397905
QUALIS	H2017-05-1905	20 rue de la Villette - Immeuble « Le Bonnel » 69003 LYON	821204138
RECRUTCARE FORMACARE - RECRUTCARE FORMACARE QUALICARE	H2013-10-1318	5 place Charles Béraudier 69428 LYON CEDEX 3	752445585
SAFOR	H2012-10-1038	Le Bois des Côtes, Bât A - 3 <sup>e</sup> étage 300 Route Nationale 6 69760 LIMONEST	408953164
Sens et Action	H2013-07-1185	45 rue d'Alma 69400 VILLEFRANCHE SUR SAONE	518589361
SOFOE SANTE SOCIAL	H2014-10-1592	7 rue Neuve 69270 ST ROMAIN AU MONT D'OR	491503827
UNA RHONE	H2013-12-1354	9 rue du Commandant Ayasse 69007 LYON	387760754
URHAJ Rhône-Alpes	H2013-07-1205	245 rue Duguesclin 69003 LYON	318288644
YUMI CONSULTING	H2013-10-1289	132 C rue de la République 69120 VAULX EN VELIN	791094030
YUMI TECHNOLOGY	H2012-12-1052	132 C rue de la République 69120 VAULX EN VELIN	447620014
<b>73 SAVOIE</b>			
DENIS Pauline sous la dénomination « ESSMS Conseil »	H2012-12-1086	280 avenue du Comte Vert 73000 CHAMBERY	751809013
DOXAPLUS	H2009-11-290	180 rue du Genevois Parc d'activités de Côte Rousse 73000 CHAMBERY	440853679
ORG INTEGRA	H2009-11-151	8 rue François Dumas 73800 MONTMELIAN	512379314
PRONORM	H2009-11-119	1055 chemin des Monts 73000 CHAMBERY	423315936
RH ET PERFORMANCE	H2014-10-1617	Le Touvet 73800 STE HELENE DU LAC	533869350

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>74 HAUTE-SAVOIE</b>			
GROUPE PLURIS - PLURIS-SANTE	H2012-07-1000	178, avenue des Frères Lumière Immeuble Alliance A – Archamps Technopole 74160 ARCHAMPS	499472884
KEWALE	H2011-10-826	129 avenue de Genève, Centre Idem 133 7 4000 ANNECY	529141004
LEMITRE Patrick	H2014-10-1576	7 avenue d'Albigny 74000 ANNECY	803229996
OXALIS SCOP	H2013-07-1171	9 bis rue du Vieux Moulin 74960 MEYTHET	410829477
SOCRATES	H2010-10-583	14 rue du Pré Paillard Parc d'activité des Glaisins 74940 ANNECY LE VIEUX	451389928
<b>BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE</b>			
<b>21 COTE-D'OR</b>			
AGED - ACTION GENERATIONS DRH	H2009-11-140	47 rue Hoche 21000 DIJON	512164260
CO-AGIR	H2009-07-025	13 rue Sainte-Anne 21000 DIJON	397811852
IRTESS	H2012-10-1023	2 rue Professeur Marion 21000 DIJON	410475081
KIWO	H2009-11-126	8 rue Jean Baptiste Gambut 21200 BEAUNE	434009973
LISA CONSEIL	H2010-03-384	48 rue de Talant 21000 DIJON	513372300
MSE FORMATIONS	H2010-10-532	28 rue des Ecayennes 21000 DIJON	484606769
ORILYS	H2013-10-1303	67 avenue Victor Hugo 21000 DIJON	791594690
PORTE PLUME	H2013-10-1298	62 rue du Faubourg Madeleine 21200 BEAUNE	432332286
ROBIN Emmanuelle sous la dénomination « EMA Conseil Qualité »	H2013-10-1251	7 rue Raoul de Juigné 21000 DIJON	792824625
TOMASELLI Jocelyne	H2017-03-1877	5 rue de la Toison 21240 TALANT	790709323

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>25 DOUBS</b>			
A.I.R. - Association Information Recherche	H2009-11-347	6 b boulevard Diderot 25000 BESANÇON	338138597
ALBATRE	H2013-10-1304	40 rue Francis Clerc 25000 BESANÇON	509115044
ARTS / IRTS Franche-Comté	H2010-12-647	1 rue Alfred de Vigny 2107 25051 BESANÇON	349432443
Cabinet Conseil Martial Dardelin - CCMD	H2014-05-1470	Immeuble Le Master's, Espace Valentin 27 rue de Chatillon 25480 ECOLE VALENTIN	794402578
CAP Entreprise	H2014-07-1553	5A rue Parguez 25000 BESANÇON	801893579
FAVEAU Martine sous la dénomination « ARHQUA Conseil et formation »	H2009-11-225	42C rue Mirabeau 25000 BESANÇON	400036844
IRDESS	H2009-07-100	21 rue Mermoz 25000 BESANÇON	440267987
JACOB Anne sous la dénomination « AJC & F, ANNE JACOB CONSEIL ET FORMATION »	H2012-10-1035	16 rue Résal 25000 BESANÇON	350204046
LMCF	H2009-07-086	16 rue des Grapillottes 25870 CHATILLON LE DUC	499868263
OPTA-S	H2009-11-284	14 B rue Lafayette 25000 BESANÇON	482883923
SANCHEZ Fabien sous la dénomination « TRANSVERSALITES Conseil Formation Recherche »	H2010-12-587	7 rue Chifflet 25000 BESANÇON	511046021
<b>39 JURA</b>			
BAELEN-DELHAYE Thérèse sous la dénomination « l=mc2 - Thérèse BAELEN Consultants »	H2009-11-176	10 route de Gouailles 39110 SALINS LES BAINS	424781920
ML'AUDIT	H2013-07-1176	15 rue de l'École 39100 DOLE	791827470
ZANETTI Damien sous la dénomination « Damien ZANETTI CONSULTANT - DZ CONSULTANT »	H2013-10-1262	12 rue de la Boutière 39100 CRISSEY	517835195
<b>58 NIEVRE</b>			
J.B.F.	H2009-07-060	Le Bourg 58170 FLETY	501500581
SIMEON Janny sous la dénomination « Agence Nivernaise de Formation, d'Évaluation et de Conseil (ANFEC) »	H2015-03-1699	10 rue de Courcelles 58210 LA CHAPELLE ST ANDRE	803795855

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
Union Départementale des Associations Familiales de la Nièvre -UDAF 58	H2013-10-1266	47 Boulevard du Pré Plantin 58000 NEVERS	778478149
<b>71 SAONE-ET-LOIRE</b>			
ADEQUA	H2016-07-1842	16 bis avenue du Clos Mouron 71700 TOURNUS	818847360
L'ART ET LA MATIERE	H2014-10-1603	Rue neuve 71260 AZE	420972291
MALDEREZ Alain sous la dénomination « ESMS conseils »	H2016-03-1793	15 route de Montceau 71250 SALORNAY SUR GUYE	788672657
MEDIQUALITE	H2014-07-1549	39 rue de la Crue 71160 DIGOIN	801532599
MILHOR	H2016-07-1843	Milhor 2 rue Claude Bernard 71100 LUX	800105843
ROMI	H2013-07-1207	12 chemin la Savoye 71510 ST LEGER SUR DHEUNE	791735566
<b>89 YONNE</b>			
A.F.F.I.C.	H2009-07-112	23 rue de la Cour 89000 PERRIGNY	420874133
DES IDEES PLUS DES HOMMES	H2013-07-1204	12 rue du Château 89800 SAINT CYR LES COLONS	792108045
ESCALIA	H2012-10-1048	15 rue Valentin Prive 89300 JOIGNY	537654014
SCALABRINO Nathalie sous la dénomination « NYS Conseil Formation »	H2009-11-190	3 rue de Thizouailles 89470 MONETEAU	450212311
<b>90 TERRITOIRE DE BELFORT</b>			
HAINZ Brigitte sous la dénomination « ICARA Formation »	H2009-11-213	27 rue de Colmar 90000 BELFORT	502312648
<b>BRETAGNE</b>			
<b>22 CÔTES-D'ARMOR</b>			
AVANT-PREMIERES	H2010-10-536	NOVA POLE - 2 rue de la Croix Lormel - Bâtiment Penthièvre 22190 PLERIN	482395464
BERTHIER Alain sous la dénomination « ARMOR CONSEIL »	H2010-12-597	18 rue des Moulins 22400 LAMBALLE	523637213
GUITTON Christian sous la dénomination « CORIOLIS MANAGEMENT »	H2012-10-1037	28 rue Yves Charpentier 22400 LAMBALLE	444539332

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
MAKARS Pierre sous la dénomination « Evaluation Makars »	H2013-10-1263	5 rue des Cyprès Saint Aaron 22400 LAMBALLE	793911454
PMV CONSEIL	H2011-10-830	4 rue du Chanoine Yves Collin 22470 PLOUEZEC	435007950
VRH CONSEIL	H2014-10-1612	CAP Entreprises 1, 30 avenue des Châtelets 22950 TREGUEUX	751541384
<b>29 FINISTERE</b>			
ALLIANCE ET PERFORMANCE	H2014-03-1376	4 Hent Ar Stoup 29650 GUERLESQUIN	799519376
ALTERWORK Conseil et Formation	H2017-05-1908	32 rue Georges Clemenceau 29400 LANDIVISIAU	824980999
Armoric Expertise	H2015-03-1667	3 rue Hervé de Guébriant 29800 LANDERNEAU	528469240
ARNOUX Thierry	H2013-12-1365	57 rue Victor Hugo 29200 BREST	793648726
BRANDENBURG Hans sous la dénomination « HB CONSEIL »	H2011-07-787	119 rue Anatole France 29200 BREST	404448060
CHRYSALIDE	H2009-11-297	51 rue Jeanne d'Arc 29000 QUIMPER	443903562
COACHING-DYNAMIQUE	H2015-03-1682	21 bis allée Verte 29217 PLOUGONVELIN	797495835
GARDET Patrick sous la dénomination « Territoire en Projets »	H2012-12-1090	5 rue Levot 29200 BREST	533977294
MAC MAHON Hélène sous la dénomination « DCFE - Organisme de Formation »	H2009-11-207	Maison de l'Ecopôle, VER AR PIQUET, BP 17 29460 DAOULAS	430346460
MEDIQUALY	H2012-12-1079	6 rue Chopin 29600 PLOURIN LES MORLAIX	534603477
MORUCCI Emmanuel sous la dénomination « Emmanuel Morucci Consultant »	H2012-10-1019	116 rue de Brest 29490 GUIPAVAS	525281994
PORTAGE SOLUTIONS FRANCE	H2013-03-1153	240 rue Amiral Jurien de la Gravière 29200 BREST	509482733
RAGUENES René	H2013-07-1226	185 rue François-Tanguy Prigent 29820 GUILERS	403707797

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
35 ILLE-ET-VILAINE			
AACCES QUALITE - QUALIBIO	H2013-12-1332	5 rue Saint-Louis 35000 RENNES	388986895
ALCANEA CONSEIL	H2012-10-1021	5 quai de la Prévalaye 35000 RENNES	531908499
ANTEMYS ORGANISATION	H2011-12-890	12 D rue des Landelles 35510 CESSON SEVIGNE	440721801
ASKORIA	H2014-12-1658	2 avenue du Bois Labbé, CS 44238 35042 RENNES	792961617
Association Collège Coopératif en Bretagne	H2009-11-266	Avenue Charles Tillon, La Harpe, CS 24414 35044 RENNES CEDEX	327124939
BLONZ Alain sous la dénomination « APC BLONZ »	H2009-11-307	La Gohérais 35890 BOURG DES COMPTES	413834425
CADRES EN MISSION BRETAGNE	H2014-07-1542	107 avenue Henri Fréville Immeuble Le Crimée, BP 10704 35207 RENNES CEDEX 2	503872780
CALMETS Dominique sous la dénomination « DCO - Dominique CALMETS Organisation »	H2009-11-187	79 rue de Riancourt, Les Bassières 35400 SAINT MALO	483985297
CLM - Christian Le Moëne et associés	H2011-10-852	9 allée Coysevox 35000 RENNES	450377403
CLPS L'Enjeu Compétences	H2012-12-1084	Avenue de la Croix Verte, BP 55115 35651 LE RHEU Cedex	321591646
CREDO FORMATION	H2013-03-1160	10 Allée de la Vilouyère 35850 GEVEZE	531626182
EXPERTISE ET FORMATION	H2015-03-1679	Les Hauts Rocomps, parc Tertiaire Bâtiment Technopolis 35410 CHATEAUGIRON	399413822
GALATA ORGANISATION	H2009-11-141	Parc d'activité de Beaujardin 44 35410 CHATEAUGIRON	351503412
GESQUIERE Chantal sous la dénomination « CGP Gestion »	H2012-12-1069	2 bis rue de Talensac 35160 MONTFORT SUR MEU	392544250
HR FORMATION	H2013-03-1143	21 rue Jean Jaurès 35760 MONTGERMONT	379688617
HYENNE Daniel sous la dénomination « HD CONSEILS »	H2013-12-1350	4 allée des Helvètes 35760 ST GREGOIRE	421394651
ICONE MEDIATION SANTE	H2009-07-089	4 Allée René Hirel 35000 RENNES	382437531

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
JEUDEV I - JEUnesse DEVeloppement Intelligents	H2013-10-1301	Le Ruisseau 35380 PAIMPONT	497968479
LE GOSLES Martine sous la dénomination « CABINET PRIZAN »	H2013-10-1321	2 rue du Gré Saint Méen 35160 MONTFORT SUR MEU	539651729
LEMARCHANDEL FORMATION	H2011-10-850	12 avenue des Charmes 35590 CLAYES	523341303
MQS - Management de la Qualité en Santé	H2009-07-085	3 rue René Dumont - ENERGIS II - Bât A 35700 RENNES	432990638
ORS BRETAGNE - OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE BRETAGNE	H2010-03-352	8 D rue Franz Heller, CS 70625 35706 RENNES	311865513
PENNEC ETUDES CONSEIL	H2009-07-091	Parc d'affaires la Bretèche, Bâtiment O 35760 ST GREGOIRE	384633046
PERINOVE	H2009-07-020	Centre commercial du Tregor 35830 BETTON	511569857
REHAULT Alain sous la dénomination « AR Conseil »	H2013-10-1275	22 rue de Primauguet 35700 RENNES	453855702
SARL GROUP ALKER - GROUP ALKER	H2013-07-1211	10 chemin François Luzel 35740 PACE	529829780
SOCIETE NOUVELLE CATALYS - CATALYS CONSEIL	H2010-03-374	Avenue de la Croix Verte 35650 LE RHEU	442490306
<b>56 MORBIHAN</b>			
ACT PLUS CONSULTING - ACT +	H2017-03-1885	1 rue Henri-Honoré d'Estienne d'Orves 56100 Lorient	799357447
ALLENT	H2014-12-1637	5 rue du Docteur Bourdeloy 56400 AURAY	793970047
AMAND Benoît sous la dénomination « A.F.C. - ACTIONS - FORMATIONS - CONSEILS »	H2011-03-683	Le Cosquer 56340 PLOUHARNEL	377523550
ANALYS-SANTÉ	H2009-07-059	1 rue Honoré d'Estienne d'Orves 56100 LORIENT	438109134
ARIAUX CONSEIL FORMATION	H2014-10-1622	27 avenue du Général de Gaulle 56100 LORIENT	518955570
BGP CONSEIL	H2009-07-033	Centre d'Affaires La Découverte - Immeuble Le Stiff -39 rue de la Villeneuve 56100 LORIENT	519978340
DEGUILHEM Nicolas	H2014-12-1654	64 bis impasse de Gorneveze 56860 SENE	493612287



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
LE DANTEC Sabine sous la dénomination « CABINET INGENIERIE SOCIALE SABINE LE DANTEC - C.I.S. »	H2015-05-1733	15 rue Galilée, Espace Créa 56270 PLOEMEUR	501045827
RETUREAU Tony sous la dénomination « Retureau tony Conseil et Formation »	H2015-12-1775	18 rue Henri Dunant 56400 PLOUGOUMELEN	517601191
SITTELE CREATION	H2014-07-1551	4 rue du Comte Bernadotte 56100 LORIENT	485310650
TAUPIN-TROUILLET Pascale	H2010-03-420	Groupe Médical, 1 rue Job le Bayon 56400 SAINTE ANNE D'AURAY	398239061
<b>CENTRE-VAL DE LOIRE</b>			
<b>18 CHER</b>			
A.D.P.E.P. 18	H2011-03-712	166 rue du Briou 18230 ST DOULCHARD	775022163
APLUS SANTE	H2013-03-1157	Rue Archimède, ZAC Port Sec Nord 18000 BOURGES	398338194
BRANDEHO Daniel	H2010-10-572	Les Demoiselles de Thuet 18340 PLAIMPIED	490905189
LE PETIT CHOSE	H2012-07-992	3 allée Henri Sallé 18000 BOURGES	539493064
NEERIA	H2013-03-1139	Route de Creton 18110 VASSELAY	353189020
RAULT Lydie sous la dénomination « AUDIT CONSEIL DEVELOPPEMENT »	H2014-05-1477	9 route de Sainte Gemme 18240 BOULLERET	793453044
RODRIGUEZ Alain sous la dénomination « ARFOG CONSULTANT »	H2011-10-848	9 route de Flavigny 18520 BENGY SUR CRAON	522373877
SOUBRAS Séverine	H2014-12-1642	Les Drillaux 18160 ST HILAIRE EN LIGNIERES	794505958
<b>28 EURE-ET-LOIR</b>			
DESMOULINS Linda sous la dénomination « EVALUATION EXTERNE CERTIFIEE »	H2009-11-195	19 rue de la Chesnaye 28700 BLEURY-SAINT-SYMPHORIEN	512071887
MOITIE Jean Jacques sous la dénomination « JJM 28 »	H2013-12-1368	15 rue Arthur Lambert 28310 TOURY	752253385
<b>37 INDRE-ET-LOIRE</b>			
ATEC - Association Touraine Education et Culture - ATEC LERFAS	H2010-03-444	17 rue Groison, BP 7554 37075 TOURS CEDEX 2	302823786

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
BLIN Pascal sous la dénomination « F2C formation conseil coaching »	H2014-05-1483	24 rue des Epinettes 37540 ST CYR SUR LOIRE	798520813
CHEVESSIER Sylvie sous la dénomination « QUALICONSEIL »	H2009-11-189	2 La Thiellerie 37110 NEUVILLE SUR BRENNE	477974398
INSTITUT REPERES	H2012-07-971	11 rue de Touraine 37110 SAINT NICOLAS DES MOTETS	401547351
ORCHESTRA CONSULTANTS	H2013-03-1156	1 place Jean Jaurès 37000 TOURS	432883122
PAUL Sophie sous la dénomination « SOPHIE PAUL Conseil - SPC »	H2015-03-1703	22 rue des Cigognes 37550 ST AVERTIN	481032407
RENARD Marc sous la dénomination « IFOO - Institut de FOrmation et d'Organisation »	H2011-03-682	1 route de Port Joie 37320 ESVRES	528350572
SOPAS CONSULTING	H2013-10-1294	256 rue Giraudeau 37000 TOURS	529426116
THOMAS LEGRAND CONSULTANTS - Thomas LEGRAND	H2011-03-726	161 boulevard Jean Jaurès 37300 JOUE LES TOURS	507565117
<b>41 LOIR-ET-CHER</b>			
CAP HUMANIS	H2012-03-912	22 rue Robert Houdin 41350 SAINT GERVAIS LA FORET	537680795
GM CONSULTANTS RH	H2011-10-820	6 bis rue de l'Abbaye 41100 VENDOME	530879022
<b>45 LOIRET</b>			
BARET Sandra	H2012-07-977	10 chaussée du Grand Moulin 45130 MEUNG-SUR-LOIRE	534306576
CERFHA	H2014-07-1560	1 rue des Charretiers, BP 11847 45008 ORLEANS CEDEX 1	338380926
FORMA SANTE	H2011-10-822	5 avenue Dauphine 45100 ORLEANS	420309627
I-MADA	H2014-05-1471	19 rue du Soleil Levant 45390 ONDREVILLE SUR ESSONNE	433750767
INFOR SANTE	H2010-03-360	77 rue d'Alsace 45160 OLIVET	399642735
ORCOM-CENTRE	H2016-05-1836	2 avenue de Paris 45056 ORLEANS CEDEX 1	403314438

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
PERF'HANDI	H2016-03-1813	34 rue de Bagneaux 45140 ST JEAN DE LA RUELLE	799706023
RESEAU CEDRE SANTE	H2011-07-804	23 rue Antigna 45000 ORLEANS	490487469
TELLIER Christine	H2009-11-198	20 ter rue de la Pellerine 45000 ORLEANS	512108382
<b>CORSE</b>			
<b>2A CORSE-DU-SUD</b>			
AQFORR	H2012-12-1108	Forum du Vazzio, BP 20974 20700 AJACCIO CEDEX 9	512609561
COOPERATIVE SUD CONCEPT - SUD CONCEPT	H2014-12-1636	Avenue Marechal Lyautey 20090 AJACCIO	509597142
FRANCESCHI Dominique sous la dénomination « EVAL 2 A »	H2013-07-1228	Immeuble Helios bâtiment A Résidence des Iles, route des Iles Sanguinaires 20000 AJACCIO	790583702
TORRE Antoinette	H2016-12-1868	4 Rue François Pietri 20090 AJACCIO	411382211
<b>2B HAUTE-CORSE</b>			
CDI - CONSEIL DEVELOPPEMENT INNOVATION	H2010-03-414	11 rue Marcel Paul 20200 BASTIA	322556580
GIANNOTTI Pierre	H2010-10-569	Castellane 20230 SAN NICOLAIO	323843276
<b>GRAND EST</b>			
<b>08 ARDENNES</b>			
ACF - ALTERNATIVE CONSEIL ET FORMATION	H2012-07-1008	22 rue d'Alsace 08000 CHARLEVILLE-MEZIERES	501906218
ACROPOLIS - ACROPOLIS Santé-Social	H2010-12-611	99 rue de la Campagne 08000 PRIX LES MEZIERES	491609178
APAJH ARDENNES - ASSOCIATION DEPARTEMENTALE POUR ADULTES ET JEUNES HANDICAPES DES ARDENNES	H2010-12-649	2652 Route de Revin 08230 ROCROI	780281929
LAURETI Michel sous la dénomination « Action Eval' Conseil »	H2017-05-1895	9 rue du Poirier de Fer 08160 ETREPIGNY	325546661
MARTIN Jacky	H2016-12-1869	3 Chemin de Chaumont 08090 MONTCY NOTRE DAME	809965411
MS CONSEIL	H2014-03-1395	22 rue d'Alsace 08000 CHARLEVILLE MEZIERES	798824736

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>10 AUBE</b>			
CDSI CONSULTING	H2011-10-817	3 rue Maurice Maillard 10100 ROMILLY SUR SEINE	533642302
D'OLIVEIRA Luc sous la dénomination « CABINET LDO CONSEIL »	H2011-12-874	47 avenue du Marechal Foch 10280 FONTAINE LES GRES	533779542
MAUGER Jean-François sous la dénomination « MC3F »	H2010-03-397	2 rue du Calvaire 10180 SAINT-LYE	479533762
<b>51 MARNE</b>			
ABBADI&LETHIEC&SOUMAH CONSULTING	H2011-10-835	22 rue des Moulins 51100 REIMS	532389624
ANOVA CONSEIL FORMATION REPER - REPER-ACF	H2013-10-1282	2 rue Carnot 51100 REIMS	483800298
AXE PROMOTION	H2010-07-520	8 rue Léger Bertin 51200 EPERNAY	500079942
AXENTIS	H2014-10-1608	28 boulevard Louis Barthou 51100 REIMS	791481807
BOUDJEMAI Michel	H2012-07-965	45 rue des Eparges 51100 REIMS	410555668
CARRIE CONSEIL FORMATION	H2013-10-1270	6 avenue Pierre Dubois 51160 AVENAY VAL D'OR	794202093
GIANCOLA Véronique	H2015-05-1736	59 boulevard Emile Zola 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE	790888218
LAHSINAT Rody	H2013-12-1353	2 rue du 8 Mai 1945 51400 MOURMELON LE PETIT	794399055
THOMAS Jean sous la dénomination « JT3 CONSULTANT »	H2012-10-1026	11 Place de la République 51000 CHALONS EN CHAMPAGNE	535229348
<b>52 HAUTE-MARNE</b>			
CHAVEY Marc	H2009-11-196	41 avenue de Champagne 52220 MONTIER EN DER	512010695
MSA SERVICE SUD CHAMPAGNE	H2014-03-1401	Allée Cassandre, Quartier Foch 52000 CHAUMONT	534717178
POTRON Denis	H2009-11-239	4 rue des Pierres, Bienville 52410 EURVILLE-BIENVILLE	487774705

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
54 MEURTHE-ET-MOSELLE			
ADH CONSEIL	H2009-11-249	5 rue de l'Aviation, CS 10155 54602 VILLERS-LES-NANCY	338788888
AFORTIS	H2010-07-471	13 rue René Fonck 54000 NANCY	507818029
AXENCE Conseil - AXENCE	H2014-10-1565	Espace Corbin, 10 rue Victor Poirel 54000 NANCY	434806808
Cabinet DUBOIS PSYCHOLOGIE	H2012-12-1076	9 rue du Baron de Courcelles 54690 LAY ST CHRISTOPHE	534690649
CAP AVENIR CONSEIL & FORMATION	H2010-10-531	55 rue de Quimper 54180 HEILLECOURT / NANCY	478490964
CHAUMA Catherine sous la dénomination « CHAUMA-PI.FR »	H2013-07-1240	52 rue N.D de Lourdes, BP 40095 54000 NANCY CEDEX 54062	377527122
DUNAMIS Conseil	H2015-03-1671	4 rue Albin Haller 54000 NANCY	808526057
DUPOITS Gilles sous la dénomination « DG CONSEILS »	H2015-03-1706	151 avenue du Général Leclerc 54600 VILLERS LES NANCY	804772606
ESPACE MEDIATION PRODUCTIONS	H2013-03-1149	13 rue du Général Patton 54270 ESSEY LES NANCY	448935924
ESTIENNE Geneviève	H2009-11-232	18 rue Charles Péguy 54140 JARVILLE LA MALGRANGE	392539656
ETCB - Diversalis	H2016-03-1811	11 rue des Fossés 54700 PONT A MOUSSON	815053475
FASSY Gérard sous la dénomination « GEFA Conseil et Formation »	H2014-03-1407	377 rue Secours 54710 LUDRES	530260231
INSTITUT DE FORMATION PRATIQUE	H2011-10-833	28 rue de la Colline 54000 NANCY	528623861
MA PROSPECTIVE - Istya Solution	H2014-05-1467	6 allée Pelletier Doisy 54603 VILLERS LES NANCY	531571362
MIRE-CONSEIL	H2010-07-493	51 rue du Maréchal Exelmans 54000 NANCY	520210527
PARIS BRAND Mihaela sous la dénomination « BRAND CONSEIL »	H2011-03-692	85 rue Remenaulaté 54230 NEUVES MAISONS	429067531
PHONEM	H2009-11-308	26 place de la Carrière 54000 NANCY	378803662

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
QELIA CONSEILS	H2013-10-1302	5 Allée de Longchamp 54600 VILLERS LES NANCY	751698176
RN CONSULTANTS	H2013-10-1291	64 rue Maréchal Exelmans 54000 NANCY	498123223
Sikaria Consulting	H2015-07-1746	7 rue Paul Langevin 54320 MAXEVILLE	804031953
Union Régionale pour l'Habitat des Jeunes - URHAJ Lorraine	H2014-07-1536	17 avenue de Metz, Site Grand Sauvoy 54320 MAXEVILLE	319914313
<b>55 MEUSE</b>			
APOTHEOSE	H2014-03-1389	8 rue Saint Christophe 55000 FAINS VEEL	799467303
CARDILLO David sous la dénomination « DAVIDE CONSULTING »	H2012-12-1093	10 rue Laurent Pons 55100 VERDUN	751025370
CHELIHI Laskri sous la dénomination « AR&FORMA »	H2014-10-1578	33 avenue du Général de Gaulle 55100 VERDUN	519244271
<b>57 MOSELLE</b>			
ADQ CONSEILS	H2010-03-351	6 rue des Lilas 57200 BLIES EBERSING	480193218
AGIR PARTENAIRES	H2011-07-803	5 rue du Camp 57300 MONDELANGE	448658328
ATOS MANAGEMENT	H2009-07-064	Quartiers des Entrepreneurs 29 rue de Sarre, P 75027 57000 METZ	488166810
Boukhé-Conseil	H2015-03-1683	37 rue Bel Air 57540 PETITE ROSSELLE	805287984
BOURLIER Benjamin	H2014-03-1434	8 route de la Reine 57170 CHAMBREY	789722550
Cabinet Goldstein-Salzard et associés	H2013-07-1173	1 rue St Louis 57000 METZ	483802062
CADRES EN MISSION ALSACE LORRAINE	H2014-07-1557	4 rue Marconi 57070 METZ	479531360
CAP AUDIT	H2016-03-1806	1 rue de Sarre 57000 METZ	518291331
Centre « Le Lierre »	H2013-07-1199	Place Roland 57100 THIONVILLE	380168666

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
Dominique ZIMMERMANN	H2016-03-1802	21 rue Meynier 57630 VIC SUR SEILLE	800026437
EFFICERT	H2010-03-436	7 rue Maurice Vautrin 57590 DELME	498709757
FAUBEL Jean-Luc	H2011-07-781	4 avenue de la République 57800 FREYMING MERLEBACH	338250764
FRIDRICI Denise sous la dénomination « FORMATION CONSEIL COACHING »	H2009-11-219	6 rue Jean Wéhé 57100 THIONVILLE	491203196
GAGLIARDI Diane sous la dénomination « GAGLIARDI Conseil »	H2013-12-1356	1 rue de la Résistance 57130 ARS SUR MOSELLE	791749997
GRABISCH Chantal sous la dénomination « GRABISCH FORMATION, COACHING, EFFICACITE PROFESSIONNELLE »	H2011-03-687	71 rue du Bois Le Prêtre 57130 ARS SUR MOSELLE	491396917
GRETKE Patrick	H2012-03-934	6 rue des Terres Rouges 57070 SAINT JULIEN LES METZ	535148738
MEREL Marie sous la dénomination « DYNAMO CONSULTANT »	H2011-03-662	3 route de Moussey 57810 RECHICOURT LE CHATEAU	522976166
OBJECTIF FOMATION EMPLOI -OFE	H2010-10-573	16 rue de la Commune de Paris 57250 MOYEVRE GRANDE	481827772
REZIG Hadj sous la dénomination « EVALUATION AMELIORATION QUALITE »	H2012-03-936	10 rue du Luxembourg 57320 BOUZONVILLE	534744032
<b>67 BAS-RHIN</b>			
ASOL	H2011-07-798	7 rue du César Julien 67200 STRASBOURG	531523280
ASSOCIATION ADELE DE GLAUBITZ	H2010-10-570	76 avenue du Neuhof 67100 STRASBOURG	384493284
ASSOCIATION EUROPEENNE POUR LA FORMATION ET LA RECHERCHE EN TRAVAIL EDUCATIF ET SOCIAL - ECE - ESTES Consulting Evaluation	H2009-11-318	3 rue Sédillot, BP 44 67065 STRASBOURG CEDEX	417670056
CENTRE SOCIAL ET CULTUREL DE HAUTEPIERRE	H2010-03-410	4 Avenue Tolstoï 67200 STRASBOURG	322828526
IFCAAD	H2013-10-1268	12 rue Jean Monnet, CS 90045 67300 SCHILTIGHEIM CEDEX 67311	778863688
IFOSEPE	H2009-11-333	41a route des Vosges 67140 EICHHOFFEN	478368160
MARIE Sébastien sous la dénomination « Ethis consulting & formation »	H2014-03-1408	7 rue des Eperviers 67800 HOENHEIM	537811705

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
MC FORMATION CONSEIL	H2010-03-390	84 route du Vin 67310 DANGOLSHEIM	420122624
PEREZ Benoît sous la dénomination « Aléis Conseil »	H2013-10-1253	2 rue Klein 67000 STRASBOURG	789027042
STRATEGIE ET GESTION PUBLIQUES	H2010-03-418	22 boulevard de la Marne 67000 STRASBOURG	453449324
SUBLIMACTION	H2016-03-1817	15 rue des Mésanges 67500 NIEDERSCHAEFFOLSHEIM	801893397
SUTY Martine sous la dénomination « ADQual »	H2014-05-1488	71 rue de Sélestat 67210 OBERNAI	503262008
WIRTZ Dominique sous la dénomination « HEMERA CONSEIL »	H2009-11-223	18 rue Sleidan 67000 STRASBOURG	399590389
<b>68 HAUT-RHIN</b>			
APIS ALSACE - ASSOCIATION POUR L'INNOVATION SOCIALE - APIS ALSACE	H2014-07-1543	9 rue de Guebwiller 68000 COLMAR	799872270
EMBC Conseils	H2014-10-1606	11 rue des Mélèzes 68560 HIRSINGUE	800182206
HUSSER Valentin sous la dénomination « VALENTIN HUSSER CONSULTANT FORMATEUR »	H2009-11-228	46 rue Principale 68320 MUNTZENHEIM	413832791
ISSM	H2012-07-1006	4 rue Schlumberger 68200 MULHOUSE	778952176
MANGEOT Laurence sous la dénomination « Cabinet SSI - Bureau d'Etude en Ingénierie Sociale - Service Social Inter-entreprises »	H2013-03-1128	20 rue du Souvenir 68630 BENNWIHR	445009616
MJ2N-CONSEIL	H2014-03-1405	22 rue du Bois 68570 OSENBACH	799374525
MOMENTO CONSEIL	H2013-10-1287	17 rue de Quimper 68200 BOURTZWILLER	794395905
MSA SERVICES ALSACE	H2013-12-1333	9 rue de Guebwiller 68000 COLMAR	521346700
SORIS Ludovic sous la dénomination « LSG FORMATION CONSEIL »	H2012-12-1089	3 rue des Erables 68400 RIEDISHEIM	753089424
<b>88 VOSGES</b>			
GUYOT Anne sous la dénomination « CABINET ANNE GUYOT »	H2011-07-735	69 rue Haute 88400 GERARDMER	518920947



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>GUADELOUPE</b>			
AC3S	H2013-10-1315	312 résidence Les Jardins de Damencourt 97160 LE MOULE	510348469
ACOA	H2013-03-1150	Centre d'Affaires Privalis 19 Faubourg Alexandre Isaac 97110 POINTE A PITRE	788687366
BARTHELEMY Emmanuelle	H2016-03-1800	Résidence Grand Cannet, bât B; Apt n°10 97190 LE GOSIER	493566822
Cabinet OPALE	H2015-07-1754	63 Résidence An Filao La, Rue Rosa Parks 97117 PORT LOUIS	809885395
CJM CONSULTING	H2012-07-1012	20 rue Commandant Mortenol, chez Maurice Charles 97110 POINTE A PITRE	533546974
KSM CONSULTING - KARAIB SUCCESS MANAGEMENT CONSULTING - Axiome Conseils	H2013-07-1197	29 Résidence Anquetil 4 97139 LES ABYMES	507677417
LABBE Lina sous la dénomination « SOLEVA »	H2012-10-1031	4 Les Hauts de Grippiere 97170 PETIT BOURG	752199489
QUALISSEO	H2013-03-1138	37 Lotissement du Golf 97118 ST FRANCOIS	530124452
<b>GUYANE</b>			
ACCENTYS CONSEIL GUYANE	H2015-10-1759	1333 route de Rémire - Le clos de Samana 2 Bât.7 Local n°1 97354 REMIRE MONTJOLY	393362652
CYR CHELIM CONSULTANTS - C3DS CONSULTANTS	H2014-05-1499	870 route des Plages 97354 REMIRE MONTJOLY	800932196
JULES Angèle	H2014-03-1444	3191 route de Montabo 97300 CAYENNE	513401661
LCA CONSEIL - LCAC	H2017-03-1883	PUG - Campus Troubiran 97300 CAYENNE	750167512
<b>HAUTS-DE- FRANCE</b>			
<b>02 AISNE</b>			
SCHRODER Laurent	H2014-03-1416	4 Place Foch 02000 AULNOIS SOUS LAON	797721255
<b>59 NORD</b>			
A LA MARGE	H2014-07-1535	289 rue du Faubourg des Postes 59000 LILLE	501294458
A.C.F.D.C.	H2010-10-537	Abbaye des Guillemins 59127 WALINCOURT SELVIGNY	507696862

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ADRASI NORD PAS DE CALAIS	H2011-07-743	44 rue des Pélicans 59240 DUNKERQUE	341992121
ADYCOS CONSEIL - ADYCOS	H2011-03-700	15 rue Denis Papin 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	485376289
ANAXAGOR	H2011-03-728	16 avenue du Général de Gaulle 59100 ROUBAIX	381378074
ANTONY Damien sous la dénomination « ANTONY Conseil et Formation »	H2013-07-1217	58 rue Jean Jaurès 59370 MONS BARCEUL	521660878
APSODIE - Cabinet de conseil APSODIE	H2013-07-1206	136 rue du Faubourg de Roubaix 59000 LILLE	399400860
ASSERTIF	H2010-07-469	447 Résidence la Motte du Moulin 59553 ESQUERCHIN	522250778
ASSOCIATION IFAR	H2009-11-331	2 rue Papin 59658 VILLENEUVE D'ASCQ	483187522
Association PROMOCOM	H2009-11-230	35 bis rue Jean-Jaurès 59700 MARCQ EN BARCEUL	351227434
Association régionale du Travail Social Nord Pas de Calais - ARTS Hauts-de-France	H2014-03-1381	Rue Ambroise Paré, BP 71 59373 LOOS CEDEX	318071453
Aurore LETOQUART Audit Conseil Formation	H2009-11-262	Résidence d'Anjou - Appt 15, 33-39 Quai du Wault 59000 LILLE	334736071
AUTHENTIQUE AZIMUT	H2009-11-291	70 rue de Néchin 59115 LEERS	450814926
BILLAU Sylvain sous la dénomination « Sylvain Billau Consultant »	H2009-11-185	80 rue de Comines 59890 QUESNOY SUR DEULE	484705637
BIOCONSULTANTS	H2012-12-1053	276 avenue de la Marne 59700 MARCQ EN BARCEUL	448721746
BORDY Hervé sous la dénomination « BORDY HERVE FORMATION CONSEIL »	H2009-11-218	39 bis rue de la Station 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	440683456
CDRE - Centre De Ressource et d'Echange	H2009-11-344	87 rue de Molinel, Bâtiment D - 1 <sup>er</sup> étage 59700 MARCQ EN BARCEUL	495255093
CNR CONSEIL	H2011-10-824	10 avenue de la Créativité 59650 VILLENEUVE D'ASCQ	417653276
CO-AKSION	H2012-03-923	214 C rue Henri Lenne 59283 RAIMBEAUCOURT	524259991

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
COPAS	H2009-07-084	A WERESO -104 rue Nationale 59800 LILLE	329070809
CYCA	H2015-10-1761	56 rue de Masnières 59400 CAMBRAI	812938389
E2I	H2009-07-051	19 rue Nicolas Leblanc, BP 21003 59011 LILLE	347594137
ECCE HOMO Développement	H2015-12-1782	29 place Lisfranc 59700 MARCQ EN BARCEUL	750976094
EDAJ	H2011-07-769	8 rue du Lion d'Or 59126 LINSELLES	520118027
EFFICIENCE EURO RESSOURCES	H2012-07-1009	155 rue Marcel Dussault – Parc des rouges Barres 59700 MARCQ EN BARCEUL	351453774
EIFORA	H2014-10-1625	65 rue des Jardins 59500 DOUAI	802679183
ERREVA	H2014-03-1390	10 rue de Cattolica 59155 FACHES THUMESNIL	798067708
GASTÉ-GUILLOY Christine sous la dénomination « MIRAÏKÉ CONSEIL »	H2009-11-181	Appartement 10, 6B square Jean Pennel 59100 ROUBAIX	424468734
GRANDS ENSEMBLE	H2012-12-1112	75 rue Léon Gambetta 59000 LILLE	488458969
HANDIEXPERH	H2010-12-612	40 rue Eugène Jacquet 59700 MARCQ EN BAROEUL	512708181
HINCELIN Luc sous la dénomination « AGENCE LH CONSEIL »	H2011-03-688	22 rue du Général de Gaulle, L'Arcadiane 59139 WATTIGNIES	408305134
MARIEN Dominique sous la dénomination « DM FORMATION CONSULTANT »	H2014-03-1419	53 rue Sadi Carnot 59320 HAUBOURDIN	493799225
MLD FORMATION	H2009-11-335	59 rue du Chemin Noir 59320 SEQUEDIN	502207384
MULTICITE / EXTRA MUROS	H2009-07-090	75 rue Léon Gambetta 59000 LILLE	438557597
NTSIBA Georges sous la dénomination « Ingénierie Pédagogique & stratégie éducative IPSE »	H2015-10-1766	14 rue Claude Debussy 59650 VILLENEUVE D'ASCO	449957307
OGIP - QUALITÉ	h2009-07-088	407 rue Salvador Allende 59120 LOOS	352857908

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
PARTENAIRE MISSION	H2014-07-1558	351 rue de la Gaillarderie 59710 MERIGNIES	799099759
PRATIQUES ETHIQUES -SOCRATES NORD DE FRANCE	H2013-10-1307	16 rue Barni 59800 LILLE	792148116
SAS EVALPROGRES	H2017-05-1902	Aérodrome de Valenciennes Rue de l'Aérodrome 59121 PROUVY	827497710
SOCIETE DE PROTECTION ET DE REINSERTION DU NORD	H2013-07-1218	169 rue de l'Abbé Bonpain, BP 56008 59706 MARCQ EN BARCEUL	775625361
STRATELYS	H2009-11-253	351 rue Ambroise Paré, Parc Eurasanté 59120 LOOS	479667735
SYNERG'ETHIC CONSEIL - SAS SYNERG'ETHIC CONSEIL	H2016-12-1871	46 rue pasteur 59810 LESQUIN	820748150
TIERRIE-CARLIER CECILE sous la dénomination « CTC CONSULTING »	H2016-12-1856	93 rue de la Forgette 59960 NEUVILLE EN FERRAIN	807719869
VALACCO	H2012-07-1005	24 rue du Beau Laurier 59200 TOURCOING	528113392
<b>60 OISE</b>			
ALGA	H2009-11-118	30 rue Pierre Sauvage 60200 COMPIEGNE	482352622
ANTHEMIA	H2012-07-1011	3 rue de l'Anthemis 60200 COMPIEGNE	444141311
BKM CONSEIL	H2014-10-1600	98 rue César Franck 60100 CREIL	803673961
CABINET M. BELMADANI	H2010-03-443	83 Grande Rue 60330 SILLY-LE-LONG	518413505
CASF Performance	H2014-07-1554	5 allée George Sand 60110 MERU	801870098
DAVAL Nicole sous la dénomination « DAVAL CONSULTANT »	H2015-12-1772	4 impasse Versepuy 60500 CHANTILLY	809261076
DEFURNIER Daniel sous la dénomination « CONSEIL ET EVALUATION EIRL »	H2015-05-1737	188 rue du Général Leclerc, 4 Le Clos Monceau 60250 MOUY	804530863
DIAO Maïmouna sous la dénomination « MD FORMACONSULTANTE »	H2013-12-1347	Centre d'affaires et d'innovation sociale du Sarcus, 9 rue Ronsard 60180 NOGENT-SUR-OISE	523213478

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
EURL ADDEY Médical Assistance - EURL AMA France International	H2013-12-1343	18 rue Sieyès 60700 PONT STE MAXENCE	512058637
FONT INGENIERIE	H2009-07-106	21 chemin de la Bigue, L'Ermitage 60300 SENLIS	483726238
JG EXPERTISE CONSEIL	H2011-12-895	2 rue Ambroise Paré 60180 NOGENT SUR OISE	534986559
LAHITTE Bernard sous la dénomination « DPO - Développement des Personnes et des Organisations »	H2013-03-1118	56 rue de Méru 60570 LABOISSIERE EN THELLE	412321911
LUC MAUDUIT, CONSEILS ET FORMATIONS	H2012-03-927	15 rue Georges Forest 60200 COMPIEGNE	501762942
PEROZ Christian sous la dénomination « DEQP Développement Evaluation Qualité Projet »	H2009-11-241	90 rue du Connetable 60500 CHANTILLY	390446912
<b>62 PAS-DE-CALAIS</b>			
AB CONSEIL	H2014-05-1460	18 avenue de la République 62420 BILLY MONTIGNY	799805130
ALLIOUA Farid sous la dénomination « DYNAMIQUE FORMATION ET CONSULTING »	H2014-03-1430	19 rue Jean Monnet, Résidence de l'Europe 62160 BULLY LES MINES	514115682
Cabinet PRAGMA	H2009-07-094	16 avenue des Atrébates 62000 ARRAS	500127212
CARALP Philippe sous la dénomination « PHILIPPE CARALP CONSEIL »	H2013-12-1358	2 allée Debussy 62630 ETAPLES	408623973
D'HONT Xavier sous la dénomination « OPALE QUALITE »	H2015-10-1764	17 Domaine de Saint-Josse 62170 SAINT-JOSSE	790546758
HAUTS DE FRANCE PRESTATIONS - HFP	H2012-03-910	260 rue Abraham Lincoln, BP 30141 62403 BETHUNE CEDEX	431414895
Human Project Consulting	H2015-07-1748	6 bis avenue St Exupéry 62000 DAINVILLE	810770677
INTEGRALE CONFORME	H2010-10-563	Village d'entreprises, rue des Hallots, ZI Ruitz 62620 RUITZ	493904619
LESAFFRE Didier sous la dénomination « DL Conseil »	H2017-05-1910	3 rue des Ferronniers 62172 BOUVIGNY BOYEFFLES	502219744
MEDICAL LEGER ET CONSULTING	H2012-03-948	5 Quai du Commerce, BP 252 62105 CALAIS	502688500
MOUTON Frédéric	H2015-03-1688	4 rue Zeffe 62160 AIX NOULETTE	808188734

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
SANTOPTA	H2011-12-898	470 avenue du Chat Noir 62780 CUCQ	534554969
UNA PAS-DE-CALAIS	H2014-07-1561	1 rue de la Gaieté, CS 0223 62504 ST OMER	378300404
80 SOMME			
2JBL AUDIT CONSEIL	H2016-05-1830	12 rue de Neufmoulin 80135 SAINT-RIQUIER	813854684
APRADIS Picardie - Association pour la Professionnalisation, la Recherche, l'Accompagnement et le Développement en Intervention Sociale	H2016-03-1791	6 rue des Deux Ponts 80000 AMIENS	780612594
ESPACE FORMATION CONSULTING	H2012-12-1106	133 rue Alexandre Dumas 80000 AMIENS	509536793
EXPERT SANTE	H2013-10-1273	133 rue Alexandre Dumas, 1 <sup>er</sup> étage 80000 AMIENS	794079871
LORANI	H2013-07-1198	35 rue des Jacobins, Appartement 308 80000 AMIENS	495280307
REALCONSEIL	H2014-05-1496	3 avenue du Pays d'Auge 80000 AMIENS	752906354
STRATEGI'HOM	H2014-03-1450	8 rue de l'Eglise 80320 PUZEAUX	799437777
TLC	H2009-07-014	24 boulevard des Fédérés 80000 AMIENS	499129997
ILE-DE-FRANCE			
75 PARIS			
2IRA	H2011-10-836	5 place des Fêtes 75019 PARIS	447645490
A-AMCOS - AAMCOS	H2010-03-387	29 rue du Général Deslestraint 75016 PARIS	518991294
AB CERTIFICATION	H2011-03-704	19 rue de Paradis 75010 PARIS	414513275
Abington Advisory	H2014-10-1593	32 rue de Lisbonne 75008 PARIS	798092086
ACET FORMATION	H2015-12-1784	10 Cité d'Angoulême 75011 PARIS	812358950
ACSANTIS	H2012-03-922	15 rue du Caire 75002 PARIS	519743199

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AD'MISSIONS	H2012-07-961	20 rue Brunel A l'attention de Mathiot Manon 75017 PARIS	412383234
ADEXSOL	H2014-10-1605	28 rue des Peupliers 75013 PARIS	791004039
ADOPALE	H2012-03-921	12 rue du Helder 75009 PARIS	449570217
ADS-ADOM CONSEIL	H2009-11-137	50 bis rue de l'Ourcq 75019 PARIS	501573786
ADYLIS CONSEIL	H2012-07-1002	21 rue de Choiseul 75002 PARIS	443025192
AFAR	H2015-12-1788	46 rue Amelot 75011 PARIS	410079339
ALIUM SANTE	H2010-12-625	115 rue de Courcelles 75017 PARIS	480889575
ALTEO-ST LUC & FLEMING	H2013-12-1341	46 rue des Lombards 75001 PARIS	501084461
AME Conseil Audit Management Evaluation	H2012-12-1055	83 rue Michel Ange 75016 PARIS	752973537
AMPLEA CONSEIL	H2011-03-699	14 rue Charles V 75004 PARIS	528530264
ANDESI	H2009-11-160	6 rue de l'Asile Popincourt 75011 PARIS	308529288
ANDOLFI-DURAND Stéphanie	H2014-07-1515	35 rue du Retrait 75020 PARIS	789487378
ANNE ROUMIER VIVO - ARVIVO	H2011-10-823	17 rue Dupin 75006 PARIS	511338105
APAVE CERTIFICATION	H2012-07-986	191 rue de Vaugirard 75738 PARIS 15	500229398
ARABESQUE	H2010-07-510	102C rue Amelot 75011 PARIS	519756290
ARIF PARCOURS	H2010-10-582	8 rue de la Py 75020 PARIS	489900928
ASCOR CONSULTANTS ASSOCIES - ASCOR	H2011-10-829	133 avenue Mozart 75016 PARIS	422727180

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ASSOCIATION FRANCE TERRE D'ASILE - FTDA	H2011-10-861	24 rue Marc Seguin 75018 PARIS	784547507
Association Jonas Ecoute	H2013-10-1306	6 boulevard Jourdan 75014 PARIS	322294075
Audit Conseil Solutions - ACS	H2015-03-1711	9 rue de la Bienfaisance 75008 PARIS	529417800
AXES MANAGEMENT	H2011-07-767	84 rue Amelot 75011 PARIS	347720807
BACK IN BUSINESS - GOOD SENSE FIRST !	H2015-05-1715	7 rue de Castellane 75008 PARIS	809184815
BAELDE Pascale	H2014-10-1584	5 rue Hermann Lachapelle 75018 PARIS	513049247
BBA SERVICES	H2009-11-316	55 rue de Rivoli 75001 PARIS	498739481
BEAUVOIS Catherine sous la dénomination « RHCOM »	H2011-03-672	17 rue de Lancry 75010 PARIS	339789372
BLANCHARD Michèle	H2013-07-1245	16 avenue Paul Appell 75014 PARIS	443859491
BLEU SOCIAL	H2009-07-075	9 boulevard de Denain 75010 PARIS	503470791
CEKOÏA CONSEIL	H2010-03-365	19 rue Martel 75010 PARIS	513724021
CITO CONSEIL	H2011-03-717	23 rue Olivier Métra 75020 PARIS	450828975
CLAUDET Dominique sous la dénomination « Adrhen-Santé - Dominique Claudet Établissement »	H2014-07-1510	1 rue Bonaparte 75006 PARIS	420123580
CONFLUENCES	H2012-03-904	17 rue Henry Monnier 75009 PARIS	331260356
COOPANAME	H2015-10-1768	3/7 rue Albert Marquet 75020 PARIS	448762526
CRG	H2017-03-1878	5 Rue de Lesseps 75020 PARIS	820174381
DAUGUET Anita	H2011-03-695	3 rue du Buisson Saint Louis 75010 PARIS	381807387



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
DE LATAULADE Bénédicte sous la dénomination « Socio en ville »	H2011-03-684	22 rue Pierre Semard 75009 PARIS	403786817
DEMOSTENE	H2012-03-915	41 rue Saint Louis en l'Île 75004 PARIS	531798593
DURANTON Consultants	H2014-07-1559	2 rue Quinault 75015 PARIS	390566677
EFFICIOR	H2014-07-1564	242 boulevard Voltaire 75011 PARIS	793616566
EHPAD-RESSOURCES	H2011-03-702	44 rue de la Gare de Reuilly 75012 PARIS	525022638
ENEIS CONSEIL	H2010-10-566	2 rue de Châteaudun 75009 PARIS	480114362
EQUATION	H2010-12-630	8 rue Bayen 75017 PARIS 17	340916840
ETERNIS	H2010-03-433	19 rue d'enghien 75010 PARIS	429763741
Eval'PRO CONSEILS	H2014-03-1397	Chez M. Gonzalez, 6 rue Brillat SAVARIN 75013 PARIS	797911039
FJN	H2012-07-1014	3 rue du Général de Castelnau 75015 PARIS	534858055
FORMATIONS ET DEVELOPPEMENTS	H2009-11-134	38 rue Dunois 75013 PARIS	394923833
GANCEL Jean-François sous la dénomination « gancel jf consultant »	H2016-03-1815	103 rue Alexandre Dumas 75020 PARIS	812448363
GESTE	H2016-07-1846	113 rue St Maur 75011 PARIS	324420835
HORISIS CONSEIL	H2013-10-1308	7 ter Cour des Petites Ecuries 75010 PARIS	481447944
HORN Michel sous la dénomination « MHCONSULTANTS »	H2011-03-686	25 rue Brochant 75017 PARIS	353229537
ICMS	H2009-07-099	9-11 avenue Franklin Roosevelt 75008 PARIS	408428548
IECA - Tiers Secteur Consulting	H2014-10-1611	57 rue d'Amsterdam 75008 PARIS	422441915

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
INTERVIA CONSULTING	H2014-10-1609	62 rue de Saintonge 75003 PARIS	440710218
ITG CONSULTANTS	H2009-11-275	18 rue de la Ville l'Evêque 75008 PARIS	433933793
LAGEDOR	H2009-11-142	7 avenue de l'Opéra 75001 PARIS	432182194
LAZAREVITCH Anne	H2009-11-178	90 rue d'Assas 75006 Paris	511407447
LD Formations	H2015-07-1753	10 rue de Penthièvre 75008 PARIS	808775506
LE GUERN Françoise sous la dénomination « FRANCOISE LE GUERN FORMATION & CONSEIL »	H2010-12-656	4 cité Hermel 75018 PARIS	412522716
LINKS CONSEIL & ASSOCIES	H2012-12-1110	83 boulevard du Montparnasse 75006 PARIS	512309360
MAGNON Jean-Philippe	H2013-10-1250	15 rue des Nanettes 75011 PARIS	420724346
MANAG'APPORT	H2010-03-361	32 rue de Paradis, Immeuble CIAT 75010 PARIS	441915311
MANAGEMENT ET HARMONIES INITIATIVES	H2012-07-1013	116 rue de Charenton ABC LIV 75012 PARIS	409194792
METIS PARTNERS	H2010-12-661	12 rue du Renard 75004 PARIS	500972922
MURE Martine	H2014-07-1523	3 rue Carpeaux 75018 PARIS	327266540
NOEME Conseil et Développement	H2014-10-1626	83 rue de Reuilly 75012 PARIS	383723418
NOVASCOPIA	H2016-03-1807	14 rue Soleillet, BL 24 75020 PARIS	811670041
NUMERIFRANCE	H2016-07-1839	59 rue Saint Antoine 75004 PARIS	819306911
OPTEMIS	H2011-12-892	88 avenue des Ternes 75017 PARIS	424261956
PANACEA CONSEIL & FORMATION SANTÉ	H2014-10-1619	168 bis -170 rue Raymond Losserand 75014 PARIS	497932046

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
PASSION	H2011-07-773	14 rue de Thionville 75019 PARIS	345103964
PDB-INT	H2014-12-1639	105 rue de l'Abbé Groult 75738 PARIS 15	538567900
PLURIEL FORMATION RECHERCHE	H2010-03-430	13 rue des Paradis 75010 PARIS	453542045
PolygoneSanté	H2014-10-1604	102 boulevard Richard Lenoir 75011 PARIS	523312270
PROCIAL	H2014-07-1507	12 place des Victoires 75002 PARIS	404493645
QUALEVA	H2010-07-470	22 rue Emeriau 75015 PARIS	520831934
SAFRAN & CO	H2009-07-023	ATEAC Tour Montparnasse, 3 avenue du Maine 75755 PARIS 15	438119349
SANESO	H2015-03-1676	76 rue Nollet 75017 PARIS	804998672
SARL Vision2.0	H2014-12-1632	105 bis rue de Tolbiac 75013 PARIS	804764454
SEMAPHORES EXPERTISE	H2013-07-1168	20-24 rue Martin Bernard 75013 PARIS	388269045
SLG EXPERTISE	H2011-07-771	10 rue Pergolese 75116 PARIS	320853518
TIAMAT CONSULTING	H2016-05-1834	113 rue Cambronne 75015 PARIS	502861230
UWAMARIYA Chantal sous la dénomination « NCU CONSULTING »	H2014-07-1517	24 rue Moret 75011 PARIS	799898408
VAN DE PORTAL Michèle sous la dénomination « MVP Conseil et Formation »	H2013-03-1127	4 rue Robert Lecoq 75016 PARIS	419055769
VOLIGES SCOP	H2009-07-028	6 rue de Panama 75018 PARIS	490337383
WAELES Patrick	H2014-07-1519	25 rue du Mont Cenis 75018 PARIS	753694330
WEINBERG Hugo	H2013-10-1257	32 Place Saint-Georges 75009 PARIS	334511482

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
YMAGO CONSEIL	H2017-03-1892	56 rue Labrouste 75015 PARIS	749996856
YOUR CARE CONSULT	H2010-12-610	63 avenue Marceau 75016 PARIS	517624904
<b>77 SEINE-ET-MARNE</b>			
2IDHEO	H2014-10-1616	130 rue du Général De Gaulle 77430 CHAMPAGNE SUR SEINE	489773218
ACTIONS EDUCATIVES ET SOCIALES INNOVANTES (AESI)	H2011-12-896	46 rue constant gallon 77310 Saint Fargeau-Ponthierry	533962924
DELECOURT Christian	H2011-12-863	22 rue des Rechevres 77000 VAUX LE PENIL	400349353
ESPRIT DE FAMILLE	H2009-11-342	142 avenue de Fontainebleau Chez Madame Josiane Odendahl 77250 VENEUX LES SABLONS	484191770
EURO QUALITY SYSTEM FRANCE	H2010-03-434	5 avenue Joseph Paxton 77164 FERRIERES EN BRIE	415103043
GUIDAT BOURSIN Corinne sous la dénomination « A.C.E IDF »	H2013-07-1244	5 chemin du Bas de 3 Moulins 77000 MELUN	791583321
J.R.H. CONSULTANTS	H2012-07-991	67 avenue de Verdun 77470 TRILPORT	398210997
LES AMIS DE GERMENOY - EFICACE	H2010-12-617	Impasse Niepce, ZI de Vaux-le-Pénil, BP 581 77016 MELUN	322388059
Michel Dumont SAS	H2016-03-1810	5 rue Charles Peguy 77150 LESIGNY	804490936
NTG Conseil	H2014-07-1531	16 rue des Muettes 77400 THORIGNY SUR MARNE	801531971
PATRICE HUREL ET ASSOCIES	H2012-10-1034	5 rue Saint Germain 77400 GOUVERNES	518725676
PICARD Anne sous la dénomination « AX'AIDE »	H2013-07-1222	4 avenue Mansart 77330 OZOIR LA FERRIERE	424669091
QUALILOG	H2009-07-107	Avenue du Touring Club 77300 FONTAINEBLEAU	419879523
RECOUVREUR Philippe	H2013-12-1355	2 allée du Clos Charon 77600 GUERMANTES	328548003

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>78 YVELINES</b>			
A-C-EVALEX	H2013-10-1279	16 avenue Condorcet 78500 SARTROUVILLE	794460766
AD HOC CONSEIL ET FORMATION	H2014-07-1534	12 allée des Balancelles 78130 LES MUREAUX	540099421
AGEPAS - Agir Efficacement pour l'Amélioration des Services	H2011-03-697	11 rue de la Division Leclerc 78830 BONNELLES	499446029
Alliance de Compétences	H2015-05-1716	13 rue Galande 78510 TRIEL SUR SEINE	809020548
ALOREM	H2013-07-1210	51 bis avenue de Lorraine 78110 LE VESINET	480886282
ALTICONSEIL	H2009-07-037	4 rue Jacques Ange Gabriel 78280 GUYANCOURT	480232255
Conduite du Changement	H2014-07-1527	129 avenue Jean Jacques Rousseau 78420 CARRIERES SUR SEINE	502254535
DELPUECH Christine sous la dénomination « AUDIT ET PERFORMANCES »	H2012-10-1039	9 rue des Châtaigniers 78320 LEVIS ST NOM	388156119
E.M.S.	H2013-07-1187	2 rue Jean Jaurès 78100 ST GERMAIN EN LAYE	481114718
GUYOT Brigitte	H2016-03-1801	29 rue Barthélémy 78660 PARAY DOUAVILLE	523663714
HELIXEO	H2015-07-1742	12 rue du Beauvoyer 78200 Perdreauville	491010260
Marie Pierre MAUVE sous la dénomination « Conseil qualité »	H2016-05-1820	51 rue de la Vaucouleurs 78111 DAMMARTIN EN SERVE	807544234
MEDALICE	H2014-05-1459	3 rue du Vieux Chemin de Marly 78560 LE PORT MARLY	539158436
MOUVENS	H2013-12-1342	17 rue des Frères Lumière 78370 PLAISIR	452064827
POLYARC - PolyArc - Le savoir partagé	H2010-07-446	1560 route de Quarante Sous 78630 ORGEVAL	493159032
R4M Consulting	H2014-03-1393	27 rue du Général Leclerc 78570 CHANTELOUP LES VIGNES	798702809
RESIDEAL SANTE	H2012-12-1109	85 rue du Président Roosevelt 78500 SARTROUVILLE	524893237

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte en Yvelines - BUC Ressources	H2013-07-1192	9 bis avenue Jean Jaurès 78000 VERSAILLES	775708746
TEMPO ACTION	H2010-03-355	35 avenue de l'Europe 78130 LES MUREAUX	437850027
THC - THIERRY HOUBRON CONSULTANT	H2012-07-980	20/22 avenue du Général Sarrail 78400 CHATOU	493133730
VALDOR	H2014-10-1594	108 résidence Elysée 2 78170 LA CELLE ST CLOUD	802212720
<b>91 ESSONNE</b>			
BECK Rita	H2009-11-222	23 Grande Rue 91510 JANVILLE SUR JUINE	510038722
DEALBATA	H2013-12-1371	9 rue de la Gaudrée, A 32 91410 DOURDAN	794834028
ECONOMIE SERVICES CONSEILS -ESC	H2010-07-518	1 route de Mesnil Girault 91150 MAROLLES EN BEAUCE	501539795
EFC SANTE	H2012-07-1003	12 rue d'Eschborn 91230 MONTGERON	519084925
ENYS Conseil	H2017-05-1901	10 Allée des Champs Elysées 91042 EVRY CEDEX	827917352
FOREVA CONSULT	H2013-07-1190	48 rue des Renoncules 91160 LONGJUMEAU	538977935
GMI	H2015-12-1783	3 allée des Garays 91120 PALAISEAU	399527068
ITACA Consultants	H2009-07-042	4 avenue Kleber 91260 JUVISY SUR ORGE	508566403
MATELICE	H2011-07-797	6 rue de la Tuilerie 91650 BREUX JOUY	493221451
SANCHEZ DE BENITO Jésus sous la dénomination « SDB-Evaluation »	H2013-07-1219	5 avenue des Tilleuls 91130 RIS ORANGIS	538903717
Société d'Etude et de Conseil en Technologie et Organisation - SECTOR	H2014-05-1497	12 avenue du Québec, BP 636 91965 COURTABŒUF CEDEX	353762230
SYNRJY	H2012-12-1066	10 rue Nicéphore Niepce 91410 DOURDAN	447828146
TORRE Audrey	H2016-12-1866	10 Allée des Champs Elysées 91080 COURCOURONNES	821743085

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
TRICHEUX Souad sous la dénomination « AMSO »	H2014-12-1656	18 rue Debussy, Appartement 109 91240 ST MICHEL SUR ORGE	503475246
VERET Bruno sous la dénomination « VALEURS EN PARTAGE »	H2011-03-667	4 allée Catherine 91370 VERRIERES LE BUISSON	527661771
<b>92 HAUTS-DE-SEINE</b>			
A.E.S CERTIFICATION	H2013-07-1172	120 rue Jean Jaurès 92300 LEVALLOIS PERRET	521459222
AFMS CONSEIL ET FORMATION	H2013-12-1331	23 rue Gilbert Rousset 92600 ASNIERES SUR SEINE	795378173
B2Ge Conseil	H2012-10-1050	40 rue Estienne D'Orves 92120 MONTROUGE	504616954
BAKER TILLY AUDALIAN - AUDALIAN EXPERTISE	H2012-12-1103	14 rue de Penthièvre 92330 SCEAUX	483392163
Bureau Veritas Certification France	H2009-07-005	Immeuble Le Guillaumet 60 avenue du Général de Gaulle 92800 PUTEAUX	399851609
CALIX	H2009-11-319	50 rue Rouget de Lisle 92158 SURESNES	438077349
CLAUDINE HESLOUIN CONSULTANTS	H2011-03-713	16 rue Boileau 92120 MONTROUGE	338581812
CNEH - Centre National de l'Expertise Hospitalière	H2009-07-092	3 rue Danton 92240 MALAKOFF	305009599
DEKRA CERTIFICATION	H2010-12-640	5 avenue Garlande 92220 BAGNEUX	491590279
DELOITTE & ASSOCIES	H2010-03-388	185 C avenue Charles de Gaulle 92200 NEUILLY SUR SEINE	572028041
DmD Consult	H2015-03-1666	2 avenue Augustine 92700 COLOMBES	794338087
EDISECOURS - EICERT / BATICERT	H2013-10-1293	2 bis rue de la Sarrazine 92220 BAGNEUX	497535971
ELIANE CONSEIL	H2009-07-046	30 boulevard Belle Rive 92500 RUEIL MALMAISON	451303549
ENTR'ACTES	H2010-03-369	5 bis boulevard Valmy 92700 COLOMBES	410931547
EQR CONSEIL	H2009-07-039	61 rue Henri Regnault 92400 COURBEVOIE	510818065

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
FOREVAL	H2009-11-227	177 avenue d'Argenteuil 92600 ASNIERES-SUR-SEINE	485259303
GRANT THORNTON RISK MANAGEMENT	H2012-10-1042	29 rue du Pont 92200 NEUILLY-SUR-SEINE	429429087
IFAC - INSTITUT DE FORMATION D'ANIMATION ET D'ACCUEIL	H2012-10-1046	53 rue du RP. C. Gilbert 92665 ASNIERES SUR SEINE	332737394
IFEP	H2012-12-1074	53 rue Révérend Père Christian Gilbert 92665 ASNIERES CEDEX	417734092
Institut de Ressources en Intervention Sociale (IRIS) – IRIS	H2014-05-1492	115 avenue d'Argenteuil 92600 ASNIERES SUR SEINE	449941087
IQUALIS SANTE	H2010-10-575	47 rue Marcel Dassault 92514 BOULOGNE BILLANCOURT	435060207
JOLY Sabine sous la dénomination « Evaluation-Conseil & Formation »	H2017-05-1912	235 rue de versailles 92410 VILLE d'AVRAY	789764909
KPMG Expertise et Conseil	H2015-12-1789	2 avenue Gambetta, CS 60055 92066 PARIS LA DEFENSE	429012230
KPMG S.A.	H2010-03-417	2 avenue Gambetta, CS 60055 92066 PARIS LA DEFENSE	775726417
MAZARS SAS	H2012-03-953	61 rue Henri Regnault 92400 COURBEVOIE	377505565
MNM CONSULTING	H2012-12-1111	67 rue d'Aguesseau 92100 BOULOGNE BILLANCOURT	441385671
MOVENS CONSEIL - MOVENS	H2016-12-1864	4 rue Jules Sandeau 92310 SEVRES	808153886
PLUM CONSEIL	H2015-07-1745	90 rue Gay Lussac 92320 CHATILLON	809608094
PricewaterhouseCoopers Audit - PwC	H2013-12-1325	63 rue de Villiers 92200 NEUILLY SUR SEINE	672006483
PUAUX Sylvie sous la dénomination « LE SENS DE LA DEMARCHE »	H2013-10-1247	11 rue Jean Jacques Rousseau 92600 ASNIERES SUR SEINE	518422472
SCP BISSON ET CHAMPION-GRILLOT	H2012-03-924	116 rue Raymond Ridet 92250 LA GARENNE COLOMBES	347530453
SIMONDET David	H2015-10-1763	58 rue de Paris 92100 BOULOGNE BILLANCOURT	812550515



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>93 SEINE-SAINT-DENIS</b>			
AFNOR CERTIFICATION	H2010-03-406	11 rue Francis de Préssensé 93571 LA PLAINE SAINT DENIS CEDEX	479076002
BESSIERES Stéphane sous la dénomination « MELTHEMS »	H2009-11-184	178 avenue Jean Jaurès 93500 PANTIN	439859208
EPICURIA CONSEIL ET FORMATION	H2011-10-811	112 avenue du General de Gaulle Tour de Rosny 2 93118 ROSNY-SOUS-BOIS CEDEX	533629812
FNADEPA	H2010-03-437	175 boulevard Anatole France 93200 SAINT DENIS	351159439
FOLLEVILLE Patrick sous la dénomination « FOLLEVILLE CONSULTANT »	H2013-12-1360	108 avenue du Maréchal Foch 93360 NEUILLY PLAISANCE	793520982
FUTUR ANTERIEUR	H2009-07-052	29 ter rue des Fédérés 93100 MONTREUIL	480774736
GEAY Frederic sous la dénomination « FGConseil »	H2014-10-1587	8 rue Anizan Cavillon 93350 LE BOURGET	789113156
INITIATIVE INVEST	H2014-12-1634	11 rue François Couperin 93110 ROSNY SOUS BOIS	753687177
MELAS Lucie sous la dénomination « RESONANCE URBAINE »	H2009-11-179	43 rue de Merlan 93130 NOISY-LE-SEC	444205025
MURIEL BELLIVIER Conseil&Formation	H2015-12-1785	5 rue Louis David 93170 BAGNOLET	813163078
Société de Services et d'Ingénierie de Santé - SIS	H2013-10-1320	19 rue de l'Université 93160 NOISY LE GRAND	392995361
<b>94 VAL-DE-MARNE</b>			
4 AS	H2009-07-066	69 rue Diderot 94100 ST MAUR DES FOSSES	501332712
A.C.E. AUDIT CONSEILS EVALUATION	H2011-03-722	115 rue de Paris 94220 CHARENTON LE PONT	528231244
ACEF	H2014-07-1538	25 rue de Beaujeu 94100 ST MAUR DES FOSSES	801894130
ADEO CONSEIL	H2009-11-259	12 -14 rue Robert Giraudineau 94300 VINCENNES	398840553
ALHYSER	H2015-03-1668	1 résidence Clos Boissy 11-15 avenue Allary 94450 LIMEIL BREVANNES	394219679

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ANIMATION 94	H2017-03-1872	01 rue du Moutier 94190 VILLENEUVE SAINT GEORGES	328320924
APYDOM	H2015-12-1781	25 rue mondefaire 94440 VILLECRESNES	499516912
ARMONIS	H2009-11-260	12 rue Poulmarch 94200 IVRY SUR SEINE	491265609
ASTER Ingénierie, Conseil & Formation	H2013-03-1134	103-105 avenue du Général de Gaulle 94320 THIAIS	502296353
BRIGITTE CROFF CONSEIL ET ASSOCIES	H2009-07-044	47 avenue Paul Vaillant Couturier 94250 GENTILLY	400000568
C.D.A. CONSULTANTS	H2010-03-426	28 avenue Franklin Roosevelt Passage des Vignerons 94300 VINCENNES	450054366
C.O.M.M.E Partenaire	H2009-07-058	2/4 avenue du Capitaine Deplanque 94700 MAISONS ALFORT	378104285
COHEN Eve sous la dénomination « RESPIR'OH »	H2011-10-841	78 rue Gabriel Péri 94200 IVRY SUR SEINE	522490499
CONCEPT FORMATION CONSEIL	H2012-12-1113	58 rue Roger Salengro, Péripole 109 94126 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX	397451139
CUSTOS-LUCIDI Marie-France sous la dénomination « TRAVAIL & HUMANISME »	H2009-11-212	9 sentier des Roissis 94430 CHENNEVIERES SUR MARNE	443350020
DATAPPS	H2015-03-1684	3 rue du Talus du Cours 94160 ST MANDE	788511723
EFFECT IF P	H2009-07-035	216 rue Diderot 94300 VINCENNES	402759112
FOUQUET Olivier sous la dénomination « HIRAM CONSEIL »	H2009-11-244	62 avenue de la République 94320 THIAIS	512096272
GILLET BOUCHER Maryse	H2009-11-188	99 avenue de Paris 94160 ST MANDE	433684172
LOIRE Jean-Raphaël	H2014-05-1487	20 rue Colette 94210 LA VARENNE ST HILAIRE	750525073
MESSACI Brahim sous la dénomination « AGILE CONSEIL »	H2014-03-1409	3 allée Boris Vian 94310 ORLY	799150867
MF SANTÉ CONSEIL	H2012-10-1040	84 bis avenue de Fontainebleau 94270 LE KREMLIN BICETRE	532108958

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
NAKACHE Cyril sous la dénomination « EVAL PROGRESS »	H2009-11-293	8 rue de La Poste 94210 LA VARENNE SAINT HILAIRE	512686643
PHAM Dinh Toan	H2013-07-1230	81 rue de Reims 94700 MAISONS ALFORT	792056574
Produxi	H2016-03-1803	3 allée Nicéphore Niepce 94300 VINCENNES	814070314
SERGECO	H2013-03-1145	3 place du Général Leclerc 94120 FONTENAY SOUS BOIS	399794130
SGS ICS	H2010-03-407	29 avenue Aristide Briand 94111 ARCUEIL	403293103
SOCOTEC CERTIFICATION FRANCE - SOCOTEC CERTIFICATION INTERNATIONAL	H2013-03-1164	1 rue René ANJOLVY 94250 GENTILLY	490984309
TEYCHENNÉ Sylvie sous la dénomination « Sylvie TEYCHENNE Consultante »	H2009-11-200	Sentier de la Bonde 94260 FRESNES	493526800
UMEG - Unité Mobile d'Evaluation Gérontologique	H2009-11-320	15 rue Louis Braille 94100 SAINT MAUR DES FOSSÉS	488655580
<b>95 VAL D'OISE</b>			
2 Vous à Nous	H2016-05-1835	5 avenue Camille Claudel 95240 CORMEILLES EN PARISIS	802740233
A.C.E. - AUDIT, CONSEIL ET EVALUATIONS	H2010-12-623	6 rue Albert Lefebvre 95400 ARNOUVILLE	524935954
A3E Consulting	H2017-05-1904	26 rue du Puits Grenet 95230 SOISY SOUS MONTMORENCY	823738026
ACTION SANTE	H2012-03-949	2 allée Hector Berlioz, BP 90017 95131 FRANCONVILLE CEDEX 1	423120732
AGIR PATRIMOINE - AGIR CONSEIL	H2014-10-1591	36 bis avenue Alsace-Lorraine 95600 EAUBONNE	449205962
FOREVEX IDF	H2016-12-1859	5 Route d'Argenteuil 95240 CORMEILLES EN PARISIS	821838646
GERMAIN Laurence sous la dénomination « CABINET APRACA »	H2014-10-1569	24 rue des Acacias 95170 DEUIL LA BARRE	799182258
INTERNATIONAL EXPAND	H2009-11-303	34 rue du Brûloir 95000 CERGY	402240634
MGDOUBET CONSEIL	H2011-10-837	40 rue de la Providence 95800 CERGY	501869903

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
RT QUALITE CONSEIL ET FORMATION - RT QUALITE	H2014-10-1623	30 rue d'Eaubonne 95210 ST GRATIEN	801967068
TOUAZI Hakim sous la dénomination « HTS-Santé »	H2014-10-1581	35 allée des Eguerets 95280 JOUY LE MOUTIER	524188596
<b>MARTINIQUE</b>			
ACCENTYS AUDIT EXPERTISE	H2015-05-1722	Centre d'Affaires Dillon Express Lotissement Dillon Stade 97200 FORT DE FRANCE	351444286
ADRUBAL Cécile sous la dénomination « ADC Consulting »	H2014-10-1566	Quartier Fonds-Coulisses 97270 ST ESPRIT	492942826
ALTERNATIVE GESTION	H2014-03-1402	Lotissement Les Everglades, Bâtiment C 97200 FORT DE FRANCE	520160433
CLODION Marcel sous la dénomination « MC CONSULTANT »	H2010-12-653	30 rue François Rustal 97200 FORT-DE-FRANCE	399593052
EVALFORMAC	H2014-10-1610	2032 chemin Bois Carré 97232 LE LAMENTIN	789940947
GAMESS Eline sous la dénomination « PERFORMANCE RH »	H2016-07-1838	47 ancienne route de Schoelcher 97233 SCHOELCHER	400599650
LIMERY David sous la dénomination « EPEE Consulting »	H2015-03-1704	Cap Fond Repos 97227 SAINTE-ANNE	802118208
MODESTE Thierry sous la dénomination « MCS CONSULTING »	H2014-10-1582	Résidence le Nid d'Aigle, Rue des Hibiscus C6 97200 FORT DE FRANCE	791312150
OC2 - OC2 Consultants	H2013-07-1195	Centre Dillon 3000, 17 rue G. Eucharis 97200 FORT DE FRANCE	408446227
QUALIPRO	H2012-03-900	Aéroport Martinique Aimé Césaire Aérogare Passagers 97232 LE LAMENTIN	479799413
SASU BPV CONSEIL - BPV Conseil	H2014-10-1613	Mangot Vulcin 97232 LE LAMENTIN	798305017
<b>NORMANDIE</b>			
<b>14 CALVADOS</b>			
ARFOS PRODEV	H2009-07-111	16 avenue de Garbsen 14200 HEROUVILLE SAINT-CLAIR	400360988
Association INFORCOM	H2014-05-1469	6 rue de Blainville 14000 CAEN	383291846
D2G EVALUATION	H2012-03-911	8 rue de l'Eglise 14610 EPRON	535213623

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
DTRH - AREDIANCE	H2014-05-1453	4 rue Pasteur 14000 CAEN	791514904
H-CARE DEVELOPPEMENT	H2009-07-095	Les Petites Chaussées 14112 BIEVILLE BEUVILLE	487565616
ID MSA Côtes Normandes	H2016-03-1812	37 rue de Maltot 14000 CAEN	751314279
Institut Européen de Recherche et de Développement des activités et métiers de la santé et de la Prévention - IERDAM Santé	H2015-07-1751	Rue du Canal - ZA Caen Canal 14550 BLANVILLE SUR ORNE	810438747
O TRADING ET CONSULTING - Cabinet Soète Conseils	H2010-03-402	23 rue Saint Floxel, 55508 14400 BAYEUX	439995994
PAPELIER ERIC	H2014-10-1571	3 rue du Costil Pernet 14800 ST ARNOULT	539181107
Qualit'EHPAD - A Qualit'EHPAD	H2009-11-138	646 route des Dignes 14123 FLEURY SUR ORNE	511447476
V.2F	H2014-03-1382	Colline des Mancellières, Avenue Atlacomulco 14500 VIRE	752329029
<b>27 EURE</b>			
CARRE Catherine	H2011-03-690	159 rue Louis Gillain 27210 BEUZEVILLE	520674383
LAHRECH Ahmed sous la dénomination « O.C.F. - Office Central des formalités »	H2009-11-277	13 avenue Aristid Briand 27000 EVREUX	510837396
MIX Carola	H2015-05-1735	213 Chemin de la Tessonerie, Les Mares Fleuries 27260 EPAIGNES	329525877
MSA SERVICES HAUTE-NORMANDIE	H2012-03-919	32 rue Politzer 27000 EVREUX	510199243
PENAQUE Martha sous la dénomination « COREAMI EVALUATION »	H2014-05-1491	8 rue des Echiquiers - Bat.C - Appart.C 27180 ST SEBASTIEN DE MORSENT	480628866
<b>50 MANCHE</b>			
ADEQUATION TERRITOIRE	H2012-07-978	La Vallière 50200 SAINT MALO DE LA LANDE	511624843
BUSIAUX Pascal sous la dénomination « PB CONSEIL FORMATION »	H2014-03-1415	31 rue du Mont Coquereil 50310 QUINEVILLE	420480329
CONSEIL EVOLUTION	H2010-12-646	257 rue du Moulin à Vent 50380 SAINT-PAIR-SUR-MER	439049057

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
CONSOLEAD	H2014-03-1385	34 rue des Jardins 50810 LA BARRE DE SEMILLY	509670725
LEBRETON Thierry sous la dénomination « 3E-Conseils »	H2014-10-1573	19 route du Manoir Hyenville 50660 QUETTREVILLE SUR SIENNE	803444447
MARCHIX Jean-Michel	H2013-07-1225	Appartement 3 – 27 allée Lecourtois 50380 SAINT PAIR SUR MER	791829997
PRECLIN Geneviève sous la dénomination « CABINET PRECLIN »	H2012-10-1044	13 Village Brucourt 50210 ST DENIS LE VETU	502669021
S.R.A.P.	H2010-07-457	Espace Hugues de Morville 103 rue Geoffroy de Montbray 50200 COUTANCES	380954560
<b>61 ORNE</b>			
ARTHECHNIQUE	H2015-07-1744	Sur les Etangs 61170 SAINT LEGER SUR SARTHE	788517373
Evaluation Diagnostic Maison d'Accueil - E.D.M.A	H2013-03-1163	24 rue de Paris 61110 LA MADELEINE BOUVET	478285943
IRFA EVOLUTION	H2010-03-367	Site universitaire d'Alençon 61250 DAMIGNY	388672529
<b>76 SEINE-MARITIME</b>			
AVF CONSEIL	H2012-03-954	512 rue de la Pierre Gant 76170 SAINT NICOLAS DE LA TRAILLE	484438775
AVICERT	H2010-07-499	2 rue le Mail 76190 YVETOT	391971132
Cabinet AESTIMANDIS	H2015-03-1669	51 rue de la République 76250 DEVILLE LES ROUEN	808719900
Cabinet DYMA'Santé	H2009-07-004	6-8 rue de la Tour du Beurre 76000 ROUEN	450199013
Centre d'Education et de Prévention Sanitaire (CEPS) – CEPS	H2017-03-1873	85 rue Frété 76500 LA LONDE	438230716
DELAHAYE Florence sous la dénomination « FD CONSEIL EVOLUTION »	H2012-03-933	Parc d'activité Polen 76710 ESLETTES	535066526
HELICADE CONSEIL	H2011-12-876	105 rue Ganterie 76000 ROUEN	424502896
HOCHÉ & ASSOCIES	H2016-10-1850	32, avenue Pasteur 76000 ROUEN	494991581

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
JOUAN Gaëdic sous la dénomination « CREALIS CONSEIL »	H2013-12-1359	51 avenue des Provinces Immeuble Le Normandie 76120 LE GRAND QUEVILLY	794522656
JTC -JOEL TANGUY CONSULTANT	H2016-05-1826	Sente Demillière Puy 76370 NEUVILLE-LES-DIEPPE	818247355
MONDAY CONSULTANTS - Thimoreau Cécile – Monday	H2015-07-1750	7 rue du Perche 76130 MONT ST AIGNAN	424475838
NOVIOMO	H2017-03-1875	Franklin Building, 35 rue du 129 <sup>e</sup> Régiment d'Infanterie 76600 LE HAVRE	819631748
PLUS D'ADEQUATION	H2009-11-158	18 rue Amiral Cécille, Le Montréal 76100 ROUEN	478582703
SANINI Jaffer sous la dénomination « A.F.C.E TSocial »	H2013-07-1238	3 chemin du Bois Humechon 76270 GRAVAL	512261777
SCOP EFFISCIENCE	H2015-03-1673	2 rue des Martyrs de la Résistance 76770 LE HOULME	807829254
Securit Ingenierie	H2015-03-1677	1690 rue Aristide Briand 76650 PETIT COURONNE	404955882
TANGUY Joël sous la dénomination « Joël TANGUY consultant »	H2015-05-1731	Sente Demillière 76370 PUY (DIEPPE)	808435739
<b>NOUVELLE-AQUITAINE</b>			
<b>16 CHARENTE</b>			
CHAUVEAU Marc sous la dénomination « MC-MEDIATION »	H2013-03-1121	Le Bourg 16390 LAPRADE	538665779
DESNOUX-CLOUZEAU Nadine	H2009-11-210	32 rue de Belat 16000 ANGOULÈME	493764005
ENIAL - DL Conseil	H2015-05-1713	1 rue de la Providence 16100 COGNAC	439041682
GAGNOU Frédérique sous la dénomination « I.D.ACT Conseil et Formation »	H2010-03-394	26 rue de l'Arsenal 16000 ANGOULEME	418142022
JAUSEAU Delphine sous la dénomination « KAZE FORMATION »	H2016-12-1870	75 rue de la Loire 16000 ANGOULEME	801351917
PHB.Conseils & Formations – PHBCF	H2017-03-1893	49 route de Nercillac 16200 REPARSAC	532036076
PRADIGNAC Florence sous la dénomination « fp-accompagnement qualité »	H2016-10-1849	Monsoleau 16300 BARRET	792946725

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ROSSET Julie sous la dénomination « Côté FACE »	H2015-10-1762	25 place du Solencon 16100 COGNAC	812625572
SCHLEEF Paul sous la dénomination « Them'a Conseil »	H2014-10-1586	Le Foucaudat 16130 JUILLAC LE COQ	751227398
<b>17 CHARENTE-MARITIME</b>			
ACTION RH OPERATIONNEL	H2010-03-419	14 rue des Greffières 17140 LAGORD	493113450
BOUQUET DES CHAUX Philippe sous la dénomination « DRAKKAR CONSULTANT »	H2010-10-554	20 rue de Bel Air 17480 LE CHÂTEAU D'OLERON	351731377
BOUYER Brigitte	H2013-03-1124	Appartement 26, 5 rue du Docteur Tavera 17000 LA ROCHELLE	788604049
DIERNE - MEDI-EVAL	H2015-10-1755	32 avenue Albert Einstein 17000 LA ROCHELLE	811367333
FORM'AGE	H2011-07-777	11 rue des Tamaris 17138 SAINT XANDRE	532266392
HL Conseil	H2013-07-1183	16 rue de Saint Nazaire 17000 LA ROCHELLE	530269521
ISO MANAGEMENT	H2011-07-794	472 avenue des Dunes 17940 RIVEDOUX PLAGÉ	443750658
LEPIN Agnès sous la dénomination « Santé Projets »	H2013-03-1131	48 rue de Saintonge 17500 OZILLAC	789930583
SUR MESURE	H2014-05-1493	40 rue Chef de Baie 17000 LA ROCHELLE	790288971
UNA Charente-Maritime - UNA charente-Maritime/ Deux-Sèvres	H2010-03-349	53 rue de Suède 17000 LA ROCHELLE	423542661
<b>19 CORREZE</b>			
VERNEY François sous la dénomination « Cabinet EPISSURE, François VERNEY Consultant »	H2012-07-979	12 rue de Noailles 19100 BRIVE LA GAILLARDE	345329023
<b>23 CREUSE</b>			
TIJERAS Marc	H2014-03-1425	2 rue Fernand Maillaud 23000 GUERET	798186714
<b>24 DORDOGNE</b>			
BRIOUL Michel	H2010-10-574	Les Galubes, 118 route de Cantemerle 24130 PRIGONRIEUX	325006120



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
HEMIS. AMO	H2013-12-1339	74 rue Gambetta 24000 PERIGUEUX	483467429
INGé CONSULTANT	H2014-05-1457	5 impasse Dumonteilh de la Terrière 24380 VERGT	530968148
M'RAIM Smail sous la dénomination « IDES CONSEIL »	H2013-07-1234	Le Clos du Genet 24320 BERTRIC BUREE	439497355
SAMPAIO Carole sous la dénomination « Ac'Qualitas »	H2015-07-1741	Lieu-Dit Les Memeries 24290 MONTIGNAC	533573242
STEIN Ariane sous la dénomination « ARIANE FORMATION CONSULTING - AFG »	H2014-07-1518	16 rue du Plateau des Izards 24660 COULOUNIEIX CHAMIERES	428975312
TILLET Cathy	H2009-11-224	7 Chemin de la Lande Haute 24130 LA FORCE	512306051
<b>33 GIRONDE</b>			
3IE INGENIERIE INNOVATION IDEES ENTREPRISE	H2009-11-258	192, rue ACHARD 33300 BORDEAUX	388766644
A.R.T.S AQUITAINE	H2010-07-517	9 avenue François Rabelais, BP 39 33401 TALENCE	301168803
AACEF	H2010-10-576	13 rue Neil Armstrong 33692 MERIGNAC CEDEX	523381879
ABRAS STRATEGIE	H2009-11-294	La Forge Route d'Auros 33210 LANGON	504216227
ADAMS CONSEIL	H2010-07-498	388 boulevard Jean Jacques Bosc Centre d'Affaires JJ Bosc 33321 BEGLES	502364573
AIM	H2013-10-1264	23 Rue Calvimont 33100 BORDEAUX	424404580
ALTER CONSEIL	H2009-11-330	3 cours Georges Clémenceau 33000 BORDEAUX	453755985
ARSIS	H2009-07-045	16 rue Edison 33400 TALENCE	429039027
ASSIER Christine sous la dénomination « CALIBIO »	H2012-03-943	74 avenue de Thouars 33400 TALENCE	537685695
BACHA Rachid sous la dénomination « brjconseil »	H2014-12-1643	103 rue de Landegrand 33290 PAREMPUYRE	803972793
CALVO Martine sous la dénomination « CEVOLIA »	H2012-07-972	11 rue du Moulin à Vent 33320 EYSINES	538790239

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
CASTAGNEDE Marie-Pierre	H2015-12-1779	6 bis rue André Amanieu 33140 VILLENAVE D ORNON	804585750
CESAM FORMATION	H2014-12-1635	40 rue de la Commanderie des Templiers 33440 AMBARES ET LAGRAVE	494837115
CFER Santé	H2014-10-1627	Domaine de Sarlandie 33790 SOUSSAC	440249175
CHALEUIL Mickaël	H2014-07-1514	33 rue Servandoni 33000 BORDEAUX	522607092
CLK SERVICES	H2016-05-1828	4 Lieu Dit Canteau 33820 BRAUD ET ST LOUIS	818161929
COLISEE PARTNERS	H2013-12-1373	Boulevard des Quarante Journeaux 33070 BORDEAUX	752145961
COOP'ALPHA - COOPÉRATIVE D'ACTIVITÉS ET D'EMPLOI 33	H2013-10-1299	1 avenue de La Libération 33310 LORMONT	482371481
DECOURCHELLE Denis sous la dénomination « MODUS »	H2009-11-345	4 allée Wagner 33170 GRADIGNAN	443335096
DITCHARRY Jean-Marc sous la dénomination « CABINET ARESS »	H2010-12-588	16 avenue de Breuil 33400 TALENCE	349029926
DUBESSET Caroline sous la dénomination « CD+FORMATION »	H2015-03-1697	8 rue du Pin Vert 33600 PESSAC	533942108
DUPRAT Dominique sous la dénomination « CABINET TRAJECTOIRES »	H2012-10-1024	16 rue Pierre Curie 33800 BORDEAUX	394399414
ERGOprévention	H2015-12-1790	23 rue Calvé 33000 BORDEAUX	801789579
EURL CEDREIPS	H2011-10-810	23 rue de la Rousselle 33000 BORDEAUX	529582124
Euro-Compétences et Initiatives pour le Développement de l'Entrepreneuriat Solidaire - Euro-CIDES	H2014-05-1501	67 voie privée du Vieux Chêne 33125 LE TUZAN	433540549
GIP FCIP AQUITAINE	H2012-03-916	5 rue Joseph de Caryon Latour, CS 81499 33060 BORDEAUX	183300417
GOMEZ Virginie sous la dénomination « GOMEZ VIRGINIE DIETETICIENNE NUTRITIONNISTE »	H2016-03-1799	127 avenue de Picot 33320 EYSINES	480613827
GRANGER Emmanuel sous la dénomination « G CONSULTANT »	H2010-12-600	2 rue du Château Trompette 33000 BORDEAUX	410218754

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
HAUVILLE Valérie sous la dénomination « CASP - Cabinet d'Accompagnement et de Soutien Pédagogique »	H2013-03-1117	15 rue Francis Garnier 33300 BORDEAUX	394018519
INTERVENTION EN ORGANISATION ET DEVELOPPEMENT - I.O.DE-TM	H2012-12-1081	42 rue de Tauzia 33800 BORDEAUX	788626075
MARAIS Françoise sous la dénomination « FM SANTE »	H2010-12-604	18 Lot Les Greens Augusta, Domaine du Golf 33470 GUJAN-MESTRAS	377689609
MONTANGON Maryse sous la dénomination « CAP GERONTO »	H2010-03-425	815 allée de Senejac 33290 LE PIAN MEDOC	488050717
MOUSSET Sylviane	H2017-03-1887	15 rue Hugla 33700 MERIGNAC	753238757
OAREIL	H2011-03-715	3 ter place de la Victoire, Université Bordeaux 2 33076 BORDEAUX	308066265
PAIN Marie-Thérèse sous la dénomination « MARIE-THERESE PAIN FORMATION-CONSEIL »	H2010-12-590	24 rue de la Moune 33310 LORMONT	482350261
PAS à PAS	H2013-07-1196	45A avenue de Saint Médard 33320 EYSINES	790369391
Pascal HAUQUIN	H2015-12-1778	12, avenue des Chanterelles 33370 ARTIGUES PRES BORDEAUX	813564804
PODESTAT PARTENAIRES	H2010-03-362	14 chemin de Couquet 33450 ST LOUBES	504895830
Q-ORUS ACTHAN FORMATION	H2014-10-1589	25 avenue des Mondaults 33270 FLOIRAC	478829823
REALITES ET PROJETS - R&P CONSULTANTS	H2009-07-034	Rue de la Blancherie, Bâtiment Ambre 33370 ARTIGUES PRES BORDEAUX	341929750
RIGEADE Marie-Béatrice	H2013-03-1126	12 rue Maurice 33300 BORDEAUX	531943736
RODRIGUEZ Michel sous la dénomination « MR CONSEIL ET FORMATIONS »	H2009-11-282	144 bis rue David Johnston 33000 BORDEAUX	445316763
SALAZAR Marie	H2014-03-1427	132 bis avenue de Saint-Emilion 33127 MARTIGNAS-SUR-JALLE	797453115
SARL CORRELATION	H2012-12-1104	9 avenue du Bedat 33700 MERIGNAC	753168830
SOUFFLARD-ANTONY Dominique	H2011-10-840	67 Voie Privée du Vieux Chêne 33125 LE TUZAN	524433927

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
TOUZANNE William sous la dénomination « William Touzanne PRACTIS »	H2015-03-1707	7 allée Mongilard 33470 GUJAN MESTRAS	425013158
VD Conseils	H2015-03-1681	444 rue du Crabey 33127 SAINT JEAN D'ILLAC	804503449
<b>40 LANDES</b>			
Adour développement association	H2016-12-1865	18 rue de le Jème 40230 SAINT VINCENT DE TYROSSE	821967049
BRUNEL Jean-Paul sous la dénomination « SEMAPHORE CONSEIL »	H2009-11-182	216 Chemin du Moulin de Lassalle 40180 OEYRELUY	453974909
C.FORM	H2011-07-766	23 route de Chon, José CASOL 40140 SOUSTONS	440659217
DUCALET Philippe sous la dénomination « QUALICEA CONSEIL »	H2010-07-502	307 rue Fernand Darreuyre 40990 HERM	518182175
GLESS Peggy	H2013-10-1260	3100 Chemin Jean de Blanc 40260 LESPERON	790507321
IFD - Institut Formation et Développement Sanitaire et Social	H2009-07-056	625 RD 817 40390 ST ANDRE DE SEIGNANX	480495621
LABADIE Jean-Jacques sous la dénomination « EVAQUALIS »	H2010-03-382	817 Promenade du Portugal 40800 AIRE SUR L'ADOUR	511426520
LASNE Patrice sous la dénomination « Patrice LASNE Consultant »	H2009-11-180	8 allée des Palombes 40130 CAPBRETON	503503526
WILLIAM TERRY CONSEIL	H2012-03-956	2 rue des Cigales 40140 SOUSTONS	480087600
<b>47 LOT-ET-GARONNE</b>			
AFIP - AFIP SANTE	H2011-03-711	102-104 avenue Henri Barbusse 47000 AGEN	452808579
AXIUM Expertise	H2017-05-1896	30 rue de la Grande Horloge 47000 AGEN	538554130
CADIS	H2009-11-267	Technopole Agropole, BP 108 47931 AGEN CEDEX 9	514052182
CEDIS INSTITUT	H2009-11-122	Technopole Agropole, BP 108 47931 AGEN CEDEX 9	438124182
Conseil Actions Collectivites - CAC FORMATIONS ORES	H2015-05-1723	10 avenue Jean Jaurés 47000 AGEN	420838047

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
DEWERDT Alain sous la dénomination « ADC »	H2013-07-1236	JANNOY 47700 ST MARTIN CURTON	523801827
PM CONSEILS	H2014-03-1377	Lagrave 47170 GUEYZE	489718932
POLASTRON Jocelyne sous la dénomination « AUXITIS »	H2010-12-606	Lagarrigue 47470 BEAUVILLE	512509357
QUADRAXE	H2012-12-1058	1 impasse Compère 47520 LE PASSAGE	753054766
RADJI Rose sous la dénomination « SYNOPTIS CONSULTING »	H2014-05-1478	Pech de Plat 47110 DOLMAYRAC	524598976
SAUVEC	H2010-03-438	2 rue de Macayran 47550 BOE	404467052
<b>64 PYRENEES-ATLANTIQUES</b>			
2E.M.S. - Evaluation Externe Médico Sociale	H2012-12-1067	Les Jardins d'Arcadie, Appartement 101 64600 ANGLET	788600070
ANTROPICA CONSULTORES - ANTROPICA CONSEIL	H2016-10-1852	2 rue Thomas Edison Bât A 64054 PAU	820859049
ARNEAU Patrick sous la dénomination « A.P. CONSEIL »	H2010-07-503	21 impasse de la Porcelaine 64100 BAYONNE	429396997
BSA - BUREAU DE SOCIOLOGIE APPLIQUEE	H2013-10-1288	16 rue Broquedis 64200 BIARRITZ	509879979
CLESOIN	H2009-11-299	IRIARTIA, Maison Iriartia 64780 SAINT MARTIN D'ARROSSA	493055503
COUPIAT Pierre-André sous la dénomination « Régulation Technique et Supervision »	H2009-11-245	Route de Conchez, Maison Quey 64330 DIUSSE	478824329
DELYFER Laure sous la dénomination « Anjelo Consulting France »	H2013-10-1261	13 rue du Château 64140 LONS	791963937
GAILLARD Muriel sous la dénomination « OCCATIO »	H2009-11-317	21 rue Larreguy 64200 BIARRITZ	507853331
GROUPE EURIS	H2009-11-300	6 rue Paul Bert 64000 PAU	343918918
I.D.Q.S Institut pour le développement de la Qualité sociale	H2010-07-477	10 Chemin Caribot 64121 SERRES CASTET	434533469
J2C CONSULTANTS - J2C	H2009-11-343	36 rue Abbé Brémond 64000 PAU	433782331

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
LABORARE CONSEIL	H2012-03-901	Résidence Alliance, 3 rue du Pont de l'Aveugle 64600 ANGLLET	444884779
LACOUÉ Pierre	H2014-05-1476	14 rue de l'Ecole Normale 64000 PAU	322582156
LAUTIER Christian sous la dénomination « CHRISTIAN LAUTIER CONSEIL »	H2009-11-247	12 rue Pellot 64200 BIARRITZ	509525762
MORNET-PERIER Chantal sous la dénomination « MORNET-PERIER CONSULTANTS »	H2010-12-660	15 rue des Mouettes 64200 BIARRITZ	420272973
PORTES DAVID sous la dénomination « DAVID PORTES CMF »	H2016-12-1855	278 chemin Olhet 64990 URCUIT	509613840
<b>79 DEUX-SEVRES</b>			
ACcompagnement Conseil Organisation LAitude Developpement – ACCOLADE	H2015-05-1718	5 rue des Moulins à Vent 79300 BRESSUIRE	794732008
COHERENCES DES PROJETS ET DES HOMMES	H2011-12-887	6 ter rue Emilie Cholois 79000 NIORT	390659068
DARAND Marc sous la dénomination « MARC DARAND - CONSEIL - FORMATION »	H2012-10-1036	31 rue de la Croix Naslin 79230 PRAHECQ	503624900
ECALE Marie-Christine sous la dénomination « CAP EVOLUTION »	H2013-07-1224	40 rue du Fief aux Moines 79180 CHAURAY	537626244
PAILLOUX Gilles sous la dénomination « CAP FORS-EVAL »	H2011-03-681	20 rue de l'Infirmierie 79230 FORS	528232937
QUALIGENEST	H2013-12-1330	Sainte Marie des Genêts 79240 VERNOUX EN GATINE	797393063
Thierry DELAPLACE Conseil - DGLP Conseil	H2015-05-1720	39 avenue de l'Espérance 79000 NIORT	809428428
<b>86 VIENNE</b>			
ATELIER DE L'EVALUATION EN PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	H2014-10-1620	6 rue de la Croix 86600 SAINT SAUVANT	478187131
CIF-SP	H2011-03-725	3 rue Georges Servant 86000 POITIERS	492690870
CLAIRO Nicolas sous la dénomination « Cabinet CCEs »	H2016-03-1797	59 bis avenue de la Libération 86000 POITIERS	441252608
DUPON Laurence	H2015-12-1777	28 rue Arsène et Jean Lambert 86100 CHATELLERAULT	518789250

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ORIALIS CONSULTANTS	H2010-07-496	19 Passage Saint-Grégoire 86000 POITIER	518912142
PECHEUX Michel sous la dénomination « CABINET ETHIQUE ET QUALITE »	H2012-10-1025	31 avenue du Noyer au Roy 86240 LIGUGE	751244104
VAILLANT Bernard	H2014-10-1570	Les Sables 86140 DOUSSAY	440560860
<b>87 HAUTE-VIENNE</b>			
ADVITAM	H2010-10-568	42 rue Jean Gagnant 87480 SAINT-PRIST-TAURION	521763904
ATELIER RESSOURCES	H2010-12-613	44 avenue Gabriel Péri 87000 LIMOGES	527512040
B2C - BARIL CHRISTIAN CONSULTANT	H2009-07-057	4 rue Legouvé 87000 LIMOGES	443608146
DTALENTS CONSEIL ET FORMATION	H2016-05-1829	29 avenue du Général Leclerc 87100 LIMOGES	507583946
FASE GERONTO	H2011-03-719	9 rue des Bruyères 87120 BEAUMONT DU LAC	522171073
FEL	H2013-12-1324	52 rue Turgot, BP 261 87007 LIMOGES	352018337
FORMA2F	H2010-10-539	22 avenue Michel Gondinet, BP 61 87500 SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	523727287
FORMACOM	H2010-07-467	6 impasse Brillat Savarin 87100 LIMOGES	421462276
TIBLE Thierry sous la dénomination « THIERRY TIBLE FORMATEUR »	H2009-11-322	24 rue d'Antony 87000 LIMOGES	389134859
<b>OCCITANIE</b>			
<b>09 ARIEGE</b>			
AGENCE DE FORMATION SATTVA	H2014-07-1556	Cap Couserans, 8 rue Notre Dame 09190 ST LIZIER	538907031
GAZAN Danièle sous la dénomination « DG Consultant »	H2013-07-1220	9 promenade des Maquisards 09100 PAMIERS	448006130
<b>11 AUDE</b>			
A2T	H2010-03-424	110 Avenue Gustave Eiffel, Pavillon HERMES 11100 NARBONNE	419922224

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ACE - ACTION CONSEIL EVALUATION	H2017-03-1884	16 Bd Marcel Sembat 11100 NARBONNE	824318984
ALQUIER LAURAGAIS CONSEIL	H2014-03-1378	Dreuil 11420 MOLANDIER	799414842
AML CONSULTANTS	H2017-05-1899	207 chemin de la Gravette 11620 VILLEMUSTAUSOU	805406865
EVOLUD'HOM CONSULT	H2013-12-1335	207 chemin de la Gravette 11620 VILLEMUSTAUSOU	794923672
LE PICHON Gilbert sous la dénomination « Gilbert LE PICHON Conseil, Evaluation »	H2015-05-1729	21 avenue de la Clape Prolongée Saint Pierre La Mer 11560 FLEURY d'AUDE	804436988
LESPRIT Anne-Marie	H2011-03-673	207 chemin de la Gravette 11620 VILLEMUSTAUSOU	387498579
<b>12 AVEYRON</b>			
ACTIONS FORMATIONS	H2009-11-328	Boulevard Emile Lauret 12100 MILLAU	411047913
Association Conseil, Accompagnement, Formation, Evaluation et développement de Nouvelles Expertises – CAFEINE	H2016-10-1854	Le Tailladis 12200 SANVENSA	819259920
Centre de santé Millau-Larzac - CDS Millau-Larzac	H2016-12-1857	Impasse Des Vignes 12100 MILLAU	818754459
PARET CONSEILS ET EVALUATIONS	H2013-03-1141	5110 Vezouillac 12520 AGUESSAC	789891900
PARET Laurent	H2009-11-202	71 rue de la Croix Vieille 12100 MILLAU	484798913
RESSOURCES Action	H2016-07-1844	26 rue de la Treille 12200 VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	382993277
Ressources et Développement	H2009-07-019	10 avenue de Ségala 12200 VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	448870402
<b>30 GARD</b>			
AID & CO	H2010-12-620	500 passage des Pinèdes 30900 NÎMES	524637899
ARC CONSEILS	H2011-07-764	27 chemin de Campeiraud 30330 SAINT LAURENT LA VERNEDE	522621713
ASSOCIATION EDUCATIVE DU MAS CAVAILLAC	H2012-07-993	Chemin de Laparot 30120 MOLIERES-CAVAILLAC	775884976



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AUDIT CONSEIL ET GESTION EXPERT - ACG EXPERT	H2016-10-1853	2 Route de Bernis - Résidence le Rouvier 30620 AUBORD	820469260
AUDITPRO	H2014-07-1528	13 boulevard Talabot 30000 NIMES	801222365
AVIANCE - AVIANCE CONSEILS	H2014-12-1631	131, impasse des Palmiers, Pist Oasis 30319 ALES	805184371
CAYRE Nicolas	H2012-12-1088	103 Chemin de Font Froide 30200 VENEJAN	752582346
DAMALIX Evelyne sous la dénomination « Cabinet Cevennpsy »	H2014-03-1412	1000 route de St Bresson 30120 LE VIGAN	449976372
DELAMAIN Gilles sous la dénomination « FACEO CONSEIL »	H2012-10-1032	6 rue de la Saladelle 30870 CLARENSAC	749970430
HELLEBOID Colette sous la dénomination « QUALIT EFFICIO »	H2016-03-1795	233 chemin de la Calade, La Rouvière 30260 LIOUC	814303087
IVENS CONSULTING	H2016-10-1851	145 Chemin du Mas de Journet 30120 LE VIGNAN	790850424
MARTIN JOSE	H2017-03-1876	2 rue de la Poste 30670 AIGUES VIVES	449585595
MEDACTIC	H2010-07-512	INNOVALES 4 boulevard Charles Péguy 30319 ALES	522350677
SERRE-COMBE Yvan sous la dénomination « yvan.socialconsulting »	H2017-05-1909	3 rue Dorée 30000 NIMES	813939709
TRANSformation	H2015-07-1749	Le Lauzas 30170 POMPIGNAN	752536045
<b>31 HAUTE-GARONNE</b>			
2A Accompagner Autrement	H2015-05-1714	20 rue Saint Léon Bâtiment B1 31400 TOULOUSE	809170897
A.S.F.O GRAND SUD - GROUPE OCTANTIS ASFO GRAND SUD	H2012-07-959	ZI le Palays - Périssud 2 13 rue André Villet, 94415 31405 TOULOUSE CEDEX 4	776945156
AISTHESIS FORMATION	H2014-03-1398	25 bd André Netwiller - Bat. B 31200 TOULOUSE	510219843
ANDRE Monique sous la dénomination « ANDRE CONSULTANT »	H2009-11-226	Route de Nailloux, Le Mousse 31190 AUTERIVE	420074726
BGE SUD OUEST	H2013-10-1316	3 chemin du Pigeonnier de la Céprière 31100 TOULOUSE	315963108

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
BIOMEGA CONSEILS	H2014-10-1601	9 rue Matabiau 31000 TOULOUSE	803813815
BRANDIBAS Gilles	H2011-03-685	36 avenue des Magnolias 31470 FONTENILLES	433060589
BVMS CONSEIL	H2012-07-988	8 route de la Baronesse 31810 VENERQUE	529585499
CDC - Cyril Dechègne Consulting	H2009-07-077	2 chemin Garric, Bât A, Appt 12 31200 TOULOUSE	491181590
CEPFOR	H2010-12-645	700 rue l'Occitane 31670 LABEGE	342386547
Cisame Coopérative d'Ingénierie Sociale	H2012-10-1016	12 Grande Rue Nazareth 31000 TOULOUSE	411273535
CLEDOU Odette sous la dénomination « O2CA »	H2014-12-1651	40 rue des Fontaines, Bâtiment B 31300 TOULOUSE	790036008
COMEOS	H2009-11-143	5 rue du Professeur Pierre Vellas, Bât B6, le Syrius ZAC EUROPARC 31300 TOULOUSE	432849735
EASIF	H2013-03-1142	38 rue des Eglantines 31130 BALMA	789752326
FAUCHER Solange sous la dénomination « SOLANGE FAUCHER CONSEIL ET FORMATION »	H2009-11-252	5 rue de la Chénaie 31650 ST ORENS DE GAMEVILLE	493838197
FR CONSEIL	H2012-07-994	12 Place Jean Moulin 31470 ST LYS	532428018
GALANTE Jean-Michel sous la dénomination « Syn-Thésis »	H2012-12-1070	3 rue d'Alençon 31400 TOULOUSE	514026327
GARCIA Béatrice	H2014-05-1484	20 rue Paillas 31620 CASTELNAU D'ESTRETEFONDS	400362307
GIP FCIP TOULOUSE	H2010-07-516	75 Rue Saint Roch 31400 TOULOUSE	183109073
GONCALVES Yannick Anne	H2009-11-346	1 allée Philippe Ariès 31400 TOULOUSE	511500837
GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC SANTE EDUCATION - GIPSE	H2016-05-1832	Hôtel Dieu, 2, rue Viguerie 31052 TOULOUSE CEDEX 2	130018195
HALLY Consultants	H2012-03-947	116 route d'Espagne - Bât Hélios - BAL 514 31100 TOULOUSE	502378201

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
IFRASS - Institut de Formation, Recherche, Animation, Sanitaire et Social	H2010-03-386	2 bis rue Emile Pelletier, BP 44777 31047 TOULOUSE CEDEX 1	439088501
IN TEAM	H2012-10-1041	14 rue Saint Antoine du T 31000 TOULOUSE	502292758
KALINI Guy Sylvain sous la dénomination « INITIATIVE DEVELOPPEMENT CONSULTING (INIDEC) »	H2011-07-733	15 avenue Emile Zola 31520 RAMONVILLE ST AGNE	523925147
L.A. CONSEILS	H2013-07-1174	9 rue Jean-François Romieu, ZI Joffrey 31600 MURET	409220340
LA MAISON DE L'INITIATIVE	H2011-10-857	52 rue Jacques Babinet 31100 TOULOUSE	398386102
LICCIARDI Robert sous la dénomination « NEOCONSEIL EUROPE »	H2010-07-492	2 rue des Ormeaux 31750 ESCALQUENS	318928108
MAES Blandine sous la dénomination « AREF »	H2012-10-1049	17 rue Saint Papoul 31000 TOULOUSE	512843269
MASSON Catherine sous la dénomination « PERENNIS CONSEIL »	H2010-10-564	11 impasse des Bons Amis 31200 TOULOUSE	502654593
MONTFORT Régis sous la dénomination « RMT CONSEIL »	H2011-03-693	1 boulevard Fleur Espine 31140 LAUNAGUET	525278859
NADAL Dolores	H2010-12-605	22 rue Monserby, Bât A 31500 TOULOUSE	524793874
OMEGA CONSEIL	H2011-07-765	185 avenue des Etats-Unis 31200 TOULOUSE	530255827
PERRIN Odile sous la dénomination « IDENTITES PLURIELLES »	H2016-03-1794	BP 21228 31012 TOULOUSE CEDEX 6	813364551
ROUILLON Sylvie sous la dénomination « SR CONSEIL »	H2010-07-462	1 bis quai Lombard 31000 TOULOUSE	483992558
SEGURA Béatrice sous la dénomination « CABINET BEATRICE SEGURA »	H2012-10-1045	115 chemin de Ferouillet 31200 TOULOUSE	489382267
UMANOVE	H2015-10-1756	11 rue Pierre Loti 31700 BLAGNAC	432518645
Y.M.C.A. DE COLOMIERS	H2010-12-637	13 avenue Edouard Serres, 50308 31773 COLOMIERS	303356182
32 GERS			
BEAUR Patrick sous la dénomination « CefaQ »	H2013-12-1364	17B rue de l'Hôpital 32720 BARCELONNE DU GERS	400674735

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
BOULANGER Elodie sous la dénomination « ACTEA »	H2015-07-1739	21 bis du chemin du Seilhan 32000 AUCH	511669525
GASC-DESILLE Patrice	H2010-10-565	La Bordeneuve 32340 CASTET-ARROUY	417870805
KANOPE	H2014-12-1629	Innoparc ZI de l'Hipprodrome 6 rue Roger Salengro 32000 AUCH	429228018
SCUDELLARO Alain sous la dénomination « SCUDELLARO CONSEIL SUPERVISEUR »	H2013-12-1346	Cap du Bosc 32500 LAMOTHE GOAS	507678795
<b>34 HERAULT</b>			
ADS+CONSEILS	H2011-07-770	357 chemin de la Font du Noyer 34980 MONTFERRIER SUR LEZ	514766872
AFCOR	H2009-07-063	66 allée Charles Darwin 34090 MONTPELLIER	408759462
ALTER.ID CONSULTING	H2009-11-302	Chez Alinéa secrétariat 73 allée Kleber - Boulevard de Strasbourg 34000 MONTPELLIER	515013233
ASSOCIATION ACTIF	H2011-10-855	259 avenue de Melgueil, BP 3 34280 LA GRANDE MOTTE	303544324
AUTONOMOS	H2012-03-913	4 rue Sœur St Jean 34120 NEZIGNAN L'EVEQUE	535293146
B&S CONSULTANTS	H2010-12-638	23 Place de l'Armoise Résidence Parc de la Chamberte 34070 MONTPELLIER	428223093
BOICHOT Séverine sous la dénomination « SEVERINE BOICHOT CONSULTING ET FORMATION EN SANTE »	H2010-12-659	23 rue du Plan Guirard 34830 CLAPIERS	520555913
BONFILS Caroline Maddy sous la dénomination « QUALISOC »	H2012-07-976	287 Rue Jupiter, B2202 34990 JUVIGNAC	512963844
BOURNE AGNES sous la dénomination « A.B. EVAL »	H2013-07-1229	Résidence Chantebrise Bâtiment C 135 avenue de Lodeve 34080 MONTPELLIER	790221667
BRAUN Sonia	H2014-12-1653	18 rue des Entrepôts 34670 BAILLARGUES	510122344
BST CONSULTANT	H2010-12-609	149 avenue du Golf, Le Green Park Bat A 34670 BAILLARGUES	398313890
CHC CONSULTING	H2014-07-1563	13 avenue Melusine 34170 CASTELNAU LE LEZ	800266199
CREACTIF	H2014-07-1562	11 rue des Lauriers Roses 34750 VILLENEUVE LES MAGUELONE	800956336

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
DUFOIX Caroline sous la dénomination « CONSEIL CD »	H2010-10-551	16 rue Lacombe 34000 MONTPELLIER	512047598
EI GROUPE	H2009-07-002	437 avenue des Apothicaires, Bât 3, CS n°28888 34197 MONTPELLIER CEDEX 5	490725801
EMON Meriem sous la dénomination « IFPAC INGENIERIE SOCIALE »	H2010-07-525	27 impasse Aldébaran 34400 LUNEL CEDEX	452770878
GEOMETRIE VARIABLE	H2011-10-827	5 PAT Le Millénaire, 1350 avenue Albert Einstein 34000 MONTPELLIER	429518897
GERONTO CLEF	H2010-10-581	3 bis avenue Charles Cros Parc d'activité Clément Ader 34830 JACOU	480783885
GIL Jean-Philippe sous la dénomination « AGI »	H2014-12-1647	165 rue des Arbousiers 34370 MARAUSSAN	802950642
HEMA CONSEIL	H2015-05-1721	13 impasse Le Clos du Gourp Salat 34350 VALRAS PLAGES CEDEX	808480875
IHOS	H2013-12-1326	101 place Duhem - Les Centuries II 34000 MONTPELLIER	797708633
INAES	H2015-12-1773	92 rue Mathieu Laurens 34000 MONTPELLIER	812359883
IRCAM CONSULTING France	H2010-07-475	2 rue de la Merci 34000 MONTPELLIER	453279242
IRIS EVALUATION CONSEIL	H2010-03-401	265 avenue des Etats du Languedoc 34000 MONTPELLIER	443223987
IRTS LANGUEDOC-ROUSSILLON	H2010-03-368	1011 rue du Pont de Lavérune, CS 70022 34077 MONTPELLIER	380369124
JEREZ Laurent sous la dénomination « MEDS CONSEIL FORMATION »	H2011-03-664	8 rue des Galinettes 34660 COURNONTERRAL	527832984
JOUANIN Laure sous la dénomination « LJC »	H2015-12-1774	92 rue Mathieu Laurens 34000 MONTPELLIER	511556649
KABBARA BARDINA Lina sous la dénomination « KL CONSULTANTS »	H2009-11-173	22 rue de la Treille Muscate 34090 MONTPELLIER	333702603
MATHIEU Nicole	H2015-07-1738	15 rue des Cigales 34110 VIC LA GARDIOLE	329454920
MUNILLA LAURENT	H2017-05-1911	256 rue René Grousset 34070 MONTPELLIER	520202086

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
NOOSCOPE	H2017-05-1898	468 Rue de Baillarguet 34830 CLAPIERS	820184992
OMEM COMMUNICATION DEVELOPPEMENT FORMATION	H2015-03-1670	371 avenue de l'Evêché de Maguelone 34250 PALAVAS LES FLOTS	808041123
OPTIMISUD	H2016-07-1840	9 impasse André Castanet 34500 BEZIERS	533671434
PERFORMANCE	H2009-11-115	54 Impasse des Parasols 34000 MONTPELLIER	343263729
PLISSONNEAU Cédric sous la dénomination « CEDRIC PLISSONNEAU CONSEIL ET FORMATION »	H2009-11-276	16 rue Louis Tribie 3 4130 SAINT AUNES	379906282
POIRRIER Gaële	H2014-10-1568	6 allée du Roc 34980 SAINT CLEMENT DE RIVIERE	790350078
PRIMUM NON NOCERE	H2010-07-507	2 bld Jean Bouin, bât Optimum, ZFU Les Arènes 34500 BEZIERS	514604453
PROBE	H2009-11-315	17 rue des Tritons 34170 CASTELNAU LE LEZ	510677909
QUALIMETRIS	H2012-03-906	15 avenue Albert 1 <sup>er</sup> 34500 BEZIERS	538803677
RACLET Olivier sous la dénomination « STRADEX Marketing »	H2012-12-1087	341 chemin de la Chabanette 34200 SETE	322923186
RAYNAUD Carole sous la dénomination « EVAL EXTERNE CONSEILS »	H2013-07-1221	9 rue des Rocs 34300 AGDE	792693293
ROUZEL Joseph sous la dénomination « PSYCHASOC »	H2014-12-1645	11 Grand rue Jean Moulin 34000 MONTPELLIER	430394635
S.C. PERFORMANCES - S.C. PERFORMANCES STRATEGIE & COHERENCE	H2016-05-1831	Résidence l'Orée du Bois Bat. A 17 Rue du Prado 34170 CASTELNAU LE LEZ	478885981
SAINT-LEGER Jérôme	H2015-03-1695	200 route du Disque 34150 ANIANE	807609631
SARL COMPETENCES ET FORMATIONS COMPETENCES ET FORMATIONS	H2015-12-1780	1 impasse Anatole France 34760 BOUJAN SUR LIBRON	525330635
SEDETIAM CONSEIL	H2015-03-1680	Résidence Elysée 2000, 40 rue de l'Acropole 34000 MONTPELLIER	808660492
SUDEX CONSEIL GARRIGUES	H2017-03-1881	67 route de Béziers 34430 ST JEAN DE VEDAS	510384787

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
TAIEB Jean-Claude sous la dénomination « JEAN-CLAUDE TAIEB CONSULTANT - AVEROESS »	H2009-11-167	AVEROESS Jean-Claude TAIEB 32 avenue des Plages 34470 PEROLS	512467473
TERRA DE COCAGNE - Terre de cocagne	H2009-11-152	9 rue Longuyon 34200 SETE	500574512
TRAJETS FORMATION	H2013-10-1317	1 rue Embouque d'Or 34000 MONTPELLIER	519564553
VALORECIA	H2011-07-759	Immeuble « Stratégie Concept » - Bât. 2 1300 avenue Albert Einstein 34000 MONTPELLIER	493585111
<b>46 LOT</b>			
AMILHAUD Sarah	H2016-05-1819	28 avenue de la République 46130 BIARS SUR CERE	818051633
Evalexterne groupe	H2014-05-1455	Mas de Nadal 46150 GIGOUZAC	800493769
GELAS Sylvie	H2014-03-1447	Pech Gaillard 46340 SALVIAC	321516114
HILLAU RENE	H2015-03-1709	88 place de la Résistance 46000 CAHORS	804601912
MARTY Christine	H2014-03-1410	Mas de Nadal 46150 GIGOUZAC	399794411
MERIGUET Thierry sous la dénomination « AQC CONSULTANT »	H2014-05-1475	Bridelong 46310 SAINT GERMAIN DU BEL AIR	401344023
SARL HIBOU CONSEIL - HIBOU CONSEIL	H2013-10-1272	Hameau de Bélinac 46320 LIVERNON	793845157
WAWRZYNIEC Philippe	H2014-03-1441	Le Bourg 46090 COURS	337745111
<b>48 LOZERE</b>			
ESPINASSE Stéphane sous la dénomination « Qualiscoop »	H2016-03-1796	La Baume 48400 BEDOUES	432497279
<b>65 HAUTES-PYRENEES</b>			
DIREXEL Françoise sous la dénomination « EVALYS 65 »	H2014-03-1432	340 rue Laspassades 65360 ARCIZAC ADOUR	799014147
IFCA PYRENEES	H2013-03-1144	72 rue de la République 65600 SEMEAC	789599073
LABORDE Anne-Marie	H2014-03-1445	9 impasse Colonel Fabien 65320 BORDERES SUR L'ECHEZ	795071125

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
<b>66 PYRENEES-ORIENTALES</b>			
A.DE.QUE	H2013-03-1154	18 rue du 14 Juillet 66390 BAIXAS	789419900
BUATOIS Patrick sous la dénomination « PATRICK BUATOIS CONSULTANTS »	H2012-12-1062	18 rue du 14 Juillet 66390 BAIXAS	390303592
CODSANTÉ	H2012-07-967	4 rue du Moulin à Vent 66130 CORBERE	530301480
DORE Didier sous la dénomination « DIDIER DORE CABINET DE FORMATIONS ET DE CONSULTATIONS »	H2011-12-864	4 avenue de la Gare 66170 MILLAS	315888420
GARCIA Pascal sous la dénomination « QUAL-HY-SE FORMATIONS »	H2014-07-1548	49 rue les Eglantiers 66670 BAGES	512711847
M.S. RESSOURCES	H2010-03-435	3 boulevard de Clairefont, Site Naturopôle, bat G 66350 TOULOUGES	444958581
MAZZIOTTA Robert	H2013-12-1374	5 rue des Genêts 66330 CABESTANY	320426174
MEDICAL TRAINING	H2010-03-396	18 rue Ducup de Saint Paul 66000 PERPIGNAN	450653985
NOVAFORM	H2013-10-1290	7 rue des Cerisiers 66410 VILLELONGUE DE LA SALANQUE	794272310
VISION PARTAGEE - Cabinet VISION PARTAGEE	H2013-12-1370	13 rue des Oiseaux, B. P. 10081 66600 RIVESALTES	487892390
<b>81 TARN</b>			
A3D Consulting	H2009-07-098	La Vernede 81230 LACAUNE	491255824
AD-VENIR	H2011-03-714	La Roquette 81500 BANNIERES	529545683
CAP ATTITUDE	H2012-07-1010	4 chemin d'En Teste 81540 SOREZE	510963697
CENPIC	H2010-10-558	108 avenue de l'Hermet 81380 LESCURE D'ALBIGEOIS	508804721
DETOURBE Sylvie	H2012-07-975	2 Côte de la Lauzié 81990 CAMBON	413847435
Eurl FORMAS	H2013-03-1133	5 rue Louise de Marillac 81200 MAZAMET	388852659



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
L.A.C.A.Q. - LACAQ	H2010-10-526	Plaine de l'Homme Viel 5 Chemin de la voie ferrée 81110 LESCOUT	384063475
TOUTUT Jean-Philippe sous la dénomination « CABINET JEAN-PHILIPPE TOUTUT CONSULTANTS »	H2011-10-843	39 rue Mahuzies 81100 CASTRES	324661586
82 TARN-ET-GARONNE			
AUDIT - FORMATION - CONSEIL EN ENTREPRISE SOCIALE	H2010-12-632	27 chemin Bonhomme 82410 ST ETIENNE DE TULMONT	524050408
BODIN NATHALIE	H2017-03-1889	7 rue des Chênes 82370 CAMPSAS	810241844
CABOT Gilles	H2015-05-1734	8 rue Georges Guynemer 82000 MONTAUBAN	809299787
TEMPS SOCIAL CONSULTING, ASSOCIATION	H2011-07-745	Hameau de Maillars 82500 MAUBEC	531857480
PAYS DE LA LOIRE			
44 LOIRE-ATLANTIQUE			
AM CONSULTANTS	H2009-07-073	20 rue de Champagne 44700 ORVAULT	423878552
BOIVENT Muriel sous la dénomination « ACCESMS »	H2014-03-1437	14 allée des Salicaires 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE	794568519
CABINET BIZOLON CONSULTANTS	H2010-10-584	8 rue de Saintonge 44600 SAINT-NAZAIRE	422607200
CADRES EN MISSION	H2012-03-928	144 rue Paul Bellamy - CS 12417 44024 NANTES CEDEX 1	424151678
CHANU Franck sous la dénomination « FCH CONSEIL »	H2012-12-1071	10 rue Léo Delibes 44400 REZE	531942555
CORNU Gérard	H2015-05-1732	2 bis Impasse Pauvert 44300 NANTES	809263114
DALI DEVELOPPEMENT	H2016-12-1861	5 rue du Tourmalet 44800 SAINT HERBLAIN	799960406
DFT Compétences - Diagnostic Formation Technicité Compétences	H2013-03-1162	55 route du Manérick 44740 BATZ SUR MER	530310416
EFFIGEN	H2012-07-970	1 domaine de Beauregard 44240 SUCE-SUR-ERDRE	507716371
EURO SYMBIOSE	H2012-03-902	5 rue Thomas Edison - ZAC de la Fleuriaye 44470 CARQUEFOU	381309277

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
HERVY - AMPLITUDE	H2014-07-1555	2 avenue de la Pigossière 44860 PONT ST MARTIN	799158837
IDM CONSULTANTS	H2009-07-006	3 avenue des Perrières 44240 LA CHAPELLE SUR ERDRE	439204884
JUBEA SARL	H2016-12-1863	9 chemin de la Garenne 44360 SAINT ETIENNE DE MONTLUC	822638862
KALETIS	H2015-03-1663	11 rue de Beauséjour 44470 THOUARE SUR LOIRE	808774608
L'OUVRE-BOITES 44	H2010-03-442	8 avenue des Thébaudières 44800 SAINT HERBLAIN	449989573
LE PERISCOP	H2015-07-1752	18 boulevard Paul Perrin 44600 ST NAZAIRE	803193440
MDR CONSULTANT	H2014-12-1640	35 Les Courauds 44690 MAISDON SUR SEVRE	799368741
PREVIA	H2012-03-950	75 rue des Français Libres, CS 26301 44200 NANTES CEDEX 2	442033965
RM CONSEIL	H2011-07-760	37 rue du Patis Rondin 44300 NANTES	382960847
S²D Conseil	H2013-07-1181	16 rue de l'Herbretiere 44270 LA MARNE	791552730
SESAME CONSEIL	H2011-07-775	12 avenue Louise Michel 44400 REZE	434228789
SOVRAN Fabienne sous la dénomination « IN FINE » Conseil - I.F.C »	H2013-07-1216	92 rue des Faneurs 44220 COUERON	790460919
VERDIER Geoffroy	H2012-12-1097	134 boulevard des Poilus 44300 NANTES	751902263
VF2A	H2016-05-1823	8, rue de la Mare Rouge 44190 CLISSON	817903222
<b>49 MAINE-ET-LOIRE</b>			
ACOR CONSEIL	H2009-11-341	16 place de la Dauversière 49000 ANGERS	402677769
ASSOCIATION REGIONALE POUR L'INSTITUT DE FORMATION EN TRAVAIL SOCIAL DES PAYS DE LOIRE - ARIFTS PAYS DE LA LOIRE	H2013-12-1329	6 rue Georges Morel 49045 ANGERS CEDEX 1	509618500

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AVISO - Coopérative AVISO	H2014-10-1602	4 rue Martin Luther King 49000 ANGERS	444813489
DESHAIES Jean-Louis sous la dénomination « EFFICIO Conseil - Formation - Communication »	H2009-11-164	Route de Baugé, Les Aulnaies 49160 LONGUÉ-JUMELLES	420815672
DYNAMYS	H2010-03-366	33 rue Costes et Bellonte 49000 ANGERS	500015896
FOREVEX	H2014-07-1546	120 rue des Ladres 49260 ARTANNES SUR THOUET	801633280
GEPI	H2009-07-007	Porte C - Allée du Grand Launay 49000 ANGERS	490557550
HA CONSEIL	H2009-11-161	8 chemin de la Bergerie 49620 LA POMMERAYE	444301758
HEVIDENS CONSULTING	H2013-03-1136	21 route des Hayes 49140 JARZE	507942761
I.F.S.O. - Institut de Formation Santé de l'Ouest	H2010-03-412	4 rue Darwin 90451 49004 ANGERS	300717410
INGEFOR	H2010-03-400	81 rue des Ponts-de-Cé, Centre Galilée 49000 ANGERS	343566071
MRPC FORMATION	H2009-07-113	1 bis Le Brossay 49140 MONTREUIL SUR LOIR	483966073
PROAGIS	H2009-07-071	9 rue Ménage 49100 ANGERS	423746981
SARL LIGERIS SANTE - Cabinet LIGERIS SANTE	H2014-03-1388	63 rue de Saumur 49350 LES ROSIERS SUR LOIRE	798080057
<b>53 MAYENNE</b>			
APESMS	H2016-12-1858	7 rue du Rochard 53600 EVRON	822650016
CEAS MAYENNE	H2010-07-480	29 rue de la Rouillère 53000 LAVAL	317001386
CLOTEAU SONIA sous la dénomination « ASV FORMATION CONSEIL »	H2017-03-1886	La Touche 53400 LIVRE	804381028
CULTURE ET PROMOTION	H2011-10-854	29 rue de la Rouillère 53000 LAVAL	775664485
FITECO	H2010-07-501	Rue Albert Einstein, Parc Technopole, 83006 53063 CHANGE CEDEX 9	557150067

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
INNOVATIO	H2014-10-1595	114 rue Prosper Brou 53000 LAVAL	803557248
MAIEUTIKA	H2009-07-093	1 rue du Vigneau 53200 MENIL	424352268
MGP Conseil	H2017-05-1906	ZA -10 Avenue Raoul VADEPIED 53600 CHATRES LA FORET	825240385
MONNIER Magali sous la dénomination « MGP CONSEIL »	H2014-12-1644	14 rue du Fourneau 53600 EVRON	803427566
TECHNE CONSEIL	H2010-07-500	Boulevard de la Communication, CS 96149 53062 LAVAL CEDEX	388765901
<b>72 SARTHE</b>			
CEAS SARTHE	H2010-10-548	7 avenue René Laënnec 72000 LE MANS	786340059
ETIQ MANAGEMENT	H2010-07-508	18 rue Possonnière 72000 LE MANS	513253138
GIROUX Laurent	H2014-05-1505	20 rue du Ronceray 72380 STE JAMME SUR SARTHE	494407331
Le Collège imaginaire	H2016-05-1824	2 rue du Collège 72430 CHANTENAY	805058393
PROSERVE CONSEIL QUALITE	H2009-11-159	Espace de Maulny, 1 Place des lfs 72015 LE MANS CEDEX 2	444940076
SARL ERGO FORM	H2012-03-955	La Chevesserie 72340 MARCON	500777743
SOGEC AUDIT	H2014-03-1387	167 quai Ledru Rollin 72000 LE MANS	438422495
<b>85 VENDEE</b>			
CEAS DE VENDEE - CENTRE D'ETUDES ET D'ACTION SOCIALE DE VENDEE	H2010-03-377	22 rue Anita Conti, BP 674 85016 LA ROCHE SUR YON	304600885
COCF - CAP-OUEST CONSEIL ET FORMATION	H2010-10-580	68 boulevard des Champs Marot 85200 FONTENAY LE COMTE	520119462
DEVAUX Eric sous la dénomination « FAROUELL CONSEIL »	H2013-07-1231	36 rue Octave de Rochebrune 85200 FONTENAY LE COMTE	750317844
EPI - Cabinet EPI	H2013-12-1338	11 la Bergerie 85280 LA FERRIERE	529175291

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
INSTITUT DE CONSEIL ET DE FORMATION SUPERIEURE	H2011-07-753	Allée de Meslay 85600 LA GUYONNIERE	786428979
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR			
04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE			
AGC - Groupe PROMAN	H2014-03-1394	Z.I Saint Maurice, BP 631 04106 MANOSQUE	420888984
PERCEPIED Serge sous la dénomination « SPOrganisation »	H2014-05-1486	1 rue Gassendy Tartonne 04000 DIGNE LES BAINS	791457559
PESCE Jean-Pierre sous la dénomination « Alter Ergo »	H2015-03-1702	20 rue Antoine Héroët 04000 DIGNE LES BAINS	804427185
PRIN Magali sous la dénomination « MAINTIS »	H2009-11-305	39 chemin de la Combe d'Azard 04180 VILLENEUVE	481707594
05 HAUTES-ALPES			
DAVID Christophe sous la dénomination « DAVID FORMATION »	H2009-11-203	10 route des Demoiselles Coiffées 05190 REMOLLON	484212329
06 ALPES-MARITIMES			
AB CONSULTING	H2010-10-585	1 place Joseph Bermond, OPHIRA 1 06560 VALBONNE	421081886
ABA - APPRENDRE AUTREMENT	H2012-03-907	Chemin de la Solidarité 06510 CARROS	484047360
AC CONSEIL	H2011-07-791	ZI de l'Argile, BP 50 06370 MOUANS SARTOUX	513638296
AKSAY	H2011-07-742	1 rue Joseph Fricero 06000 NICE	410703805
ASCLEPIA CONSEIL	H2014-10-1618	10 boulevard Fragonard, Les Glycines 06130 GRASSE	801474651
ASSOCIATION ADS	H2011-12-879	Azur 7 – 219 avenue du Docteur Julien Lefebvre 06270 VILLENEUVE LOUBET	782621726
BARCAROLI Patrick	H2011-07-789	46 avenue Cernuschi, Le Florence 3 06100 NICE	354087405
BAUCHET Muriel sous la dénomination « F.E.E.S FORMATION, ETUDES, EVALUATION EN SANTE »	H2009-11-336	268 route de Bellet - Château Magnan - Bât. C2 06200 NICE	382721926
BERTAUX-MEDART Martine	H2014-03-1431	103 avenue d'Estienne d'Orves prolongée 06000 NICE	794981662

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
BESSO Michel sous la dénomination « FEVAL2S »	H2014-03-1442	65 chemin de l'Abreuvoir 06270 VILLENEUVE LOUBET	799278080
C&SD - Conseils et Services Durables	H2013-03-1159	WTC1, 1300, route des Crêtes, bâtiment P 06560 SOPHIA ANTIPOLIS	504383514
CAUGEPA	H2009-11-125	87 chemin de la Platrière, Domaine des Roses 06130 GRASSE	441125424
CECCATO Nathalie sous la dénomination « EVAL EXPERTS »	H2012-12-1072	27 avenue Villermont 06000 NICE	530452028
CERTIF'EVAL	H2015-03-1674	29 impasse des Pâquerettes, CI 75 6330 ROQUEFORT LES PINS	808440986
Conseil Qualité Santé - CQS	H2013-07-1178	31 B avenue Cap de Croix, Les Hauts de Cimiez 06100 NICE	491467916
DELMOTTE Pierre	H2011-10-860	93 avenue Cyrille Besset 06100 NICE	402986079
ESSOR CONSEIL FORMATION	H2013-07-1201	1770 route de Grasse, Les Combes 06600 ANTIBES	408544955
EXPERIENSES	H2012-07-984	105 Chemin des Moulins 06640 SAINT JEANNET	534254792
FC QUALITE CONSEILS	H2013-07-1208	833 chemin des Combes Eden Park, Bat 1, entrée B 06600 ANTIBES	788522522
FORET Jean-Max	H2011-03-675	253 route de Bellet 06200 NICE	521538173
FORMEVAL	H2011-10-806	455 Promenade des Anglais, Porte de l'Arenas, Hall C 06299 NICE	494080633
FORMOSO Pascale sous la dénomination « EDQ CONSEIL »	H2014-07-1509	52 chemin de la Croix, Plascassier 06130 GRASSE	800011074
HAMIDI Rabia sous la dénomination « CONSEIL SCIENTIFIQUE »	H2014-07-1511	7 avenue de la Madelon Hauts de Cessolle, entrée C 06100 NICE	801421942
HUCHOT Fabien sous la dénomination « Cabinet COFEA »	H2011-07-746	280 Chemin de Peidessalle 06560 VALBONNE	530388743
Infinity Autonomie Conseils	H2015-12-1787	L'Orangerie, 29, rue Alphonse 1 <sup>er</sup> 06200 NICE	812765410
INSTITUT MEDITERRANEEN D APPRENTISSAGE GERONTOLOGIQUE - IM'AGE	H2012-12-1082	4 avenue Balbi 06100 NICE	534054705

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
LAURENS Dominique sous la dénomination « Dominique Yvonne LAURENS »	H2014-12-1655	90 voie Venciane 06510 GATTIERES	432654614
LUZCARE - SENIOR'SPA & CARE	H2011-10-851	42 avenue du Docteur Picaud, Le long Beach 06400 CANNES	520338377
MALQUARTI Patricia sous la dénomination « CABINET D'EXPERTISE ET CONSEIL MALQUARTI »	H2010-12-593	2 rue du 4 Septembre 06260 PUGET THENIERS	321395626
MOSAIQUE	H2014-07-1541	9 chemin du Lac 06130 LE PLAN DE GRASSE	478816770
NARDIN Nicolas sous la dénomination « Azur Conseil Evaluation en Gérontologie »	H2013-10-1258	2 rue Barillerie 06300 NICE	792908287
PIEROTTI Michel	H2015-05-1725	241 route de Levens 06690 TOURRETTE LEVENS	807967385
PRIN Michel sous la dénomination « CABINET PRIN »	H2011-12-870	25 Traverse de l'Orée du Bois 06370 MOUANS SARTOUX	350548590
REBBANI Mourad sous la dénomination « AUDIT EVALUATION CONSEIL »	H2010-12-589	85 avenue Raoul Dufy Résidences de la Corniche, bâtiment E 06200 NICE	522788496
ROCHE Michel	H2012-03-938	24 rue Maréchal Joffre 06000 NICE	388982019
ROMARY Alice sous la dénomination « Cabinet Conseil et de Formations « Les Hellébores »	H2015-03-1698	Domaine des Palmiers Résidence D3 124 avenue Maurice Chevalier 06150 CANNES LA BOCCA	791236979
SEGUIN Bernard	H2011-07-784	20 bis chemin des Trucs 06650 LE ROURET	519359012
SOLANAS Edouard sous la dénomination « DELTA PLUS Formation »	H2012-12-1095	1135 chemin de la Billoire 06640 ST JEANNET	752559112
SOPHIE BONIFAY EHPAD CONSEILS EHPAD CONSEILS	H2011-10-816	13 avenue de la Verte Pagane 06600 ANTIBES	533434924
VIALE Laurent sous la dénomination « LV CONSEILS »	H2009-11-217	600 route des Cabanes 06140 TOURRETTES SUR LOUP	494385792
<b>13 BOUCHES-DU-RHONE</b>			
A2G CONSEIL	H2009-07-038	26 b rue Pierre Dupré 13006 MARSEILLE	452180235
Abaissons Les Barrières - ALB CONSEIL	H2014-12-1628	3 avenue de Toulon 13120 GARDANNE	534138227
ACS CONSULTANTS	H2011-03-698	23 rue Vacon 13001 MARSEILLE	379227937

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ACTECHANGE	H2009-11-321	76 boulevard Françoise Duparc 13004 MARSEILLE	508843612
ACTEMOS	H2010-12-616	45 rue Saint-Suffren 13006 MARSEILLE	519303804
ADÉQUATION SANTÉ	H2013-07-1167	54 rue Saint-Ferréol 13001 MARSEILLE	789387255
ALEP COMPAGNIE	H2010-07-468	2 rue des Marseillais 13510 EGUILLES	420470817
ALLOTE Martine	H2012-07-983	2100 chemin de la Commanderie, St Jean de Malte 13290 LES MILLES	492405402
ANIMA CONSEIL ET FORMATION	H2009-11-144	285 allée Charles Laveran, ZA Lavalduc 13270 FOS SUR MER	452395189
AS CONSULTING	H2012-03-952	34 chemin des Martégaux 13013 MARSEILLE	493603153
ASSOCIATION VIVE - VIVE. Conseil et Formation	H2012-10-1022	5 boulevard Marius Richard 13012 MARSEILLE	517483384
AXE PRO FORMATION	H2011-07-779	4 boulevard Gambetta 13330 PELISSANNE	410741581
BALLESTRA Noël sous la dénomination « NOËL JOSEPH BALLESTRA »	H2013-12-1363	117 boulevard Chave 13005 MARSEILLE	791788847
BLANC Hélène	H2015-10-1765	3 avenue du Languedoc 13600 LA CIOTAT	533985818
BOUCHAREB Piotr sous la dénomination « C.C.R.E.S »	H2009-11-323	22 rue des Abeilles 13001 MARSEILLE	512311283
BROTTO MICHEL sous la dénomination « QSEO Conseil »	H2017-03-1888	44 traverse Rampal 13012 Marseille	480798172
C.R.I.P. - Centre Régional d'Interventions Psychologiques	H2009-07-053	38 rue Raphaël 13008 MARSEILLE	350231015
CACCHIA Jean-Marc sous la dénomination « JMC CONSULTANT »	H2010-03-379	1 chemin du Maquis 13600 CEYRESTE	435283783
CANOPEE INTERVENTION, ETUDES- ACCOMPAGNEMENTS-CONSEILS	H2011-12-899	43 cours Pierre Puget 13006 MARSEILLE	532276748
CATEIS	H2009-11-283	27 boulevard Charles Moretti, Le Vérone 13014 MARSEILLE	419867551



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
CCPAM COLLEGE COOPERATIF PROVENCE ALPES MEDITERRANEE	H2010-03-385	Europôle de l'Arbois Bât Gérard Mégie 50099 13793 AIX-EN-PROVENCE	326115219
CELADON CONSEIL	H2009-07-096	Arteparc de Bachasson Rue de la Carrière de Bachasson 13590 MEYREUIL	480622133
CENTRE EUROPEEN DE LA MEDIATION ET DE LA NEGOCIATION	H2016-03-1814	16 bd Notre Dame 13006 MARSEILLE	813029527
CHABANNES Nadia sous la dénomination « CABINET EVALLIANCE »	H2010-10-553	1548 chemin du Mas Créma 13940 MOLLEGES	503841017
CONSULT'ÉVAL	H2015-03-1672	InnoPôle Provence, RD 572, « Les Roquassiers » 13300 SALON DE PROVENCE	539856377
COSEAL	H2014-03-1452	21 rue des Lotins 13510 EGUILLES	410178685
CQFD COORDINATION QUALITE FIABITE DOMICILE	H2013-10-1292	90 rue de Rôme 13006 MARSEILLE	418667655
DESMERO François	H2014-12-1657	1145 route des Aubes 13400 AUBAGNE	477889174
DOMÉ Consulting	H2014-10-1599	9-11 rue Louis Braille 13005 MARSEILLE	503752644
EFFECT	H2010-07-485	74 bis cours Gambetta 13100 AIX-EN-PROVENCE	497935320
ELSE CONSULTANTS	H2009-11-124	20 allée Turcat Mery 13008 MARSEILLE	383916392
ENSEMBLE FORMATION ET CONSEIL	H2009-11-121	52 avenue de la Grande Begude 13770 VENELLES	487930109
ESC2 ASSOCIES	H2012-12-1105	2 montée de la Belle France Domaine des Oliviers 11 13015 MARSEILLE	417902905
ESMS CONSEIL	H2009-07-055	20 allée Turcat Méry - Le Grand Prado 13008 MARSEILLE	425084829
ESPACES-MS	H2013-10-1286	Traverse des Pionniers - Centre Saint Thys 13010 MARSEILLE	788484483
EVAL & SENS	H2012-12-1116	16 bis Impasse des Indépendants 13013 MARSEILLE	754047249
FLOCH Mireille sous la dénomination « Impulsens »	H2014-03-1413	40 rue Floralia Bâtiment K 13009 MARSEILLE	539904342

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
GENERAL MIDI STUDIO - GMS-Santé	H2014-10-1614	190 avenue Madrague de Montredon 13008 MARSEILLE	404739260
GONCE Marie-Dominique sous la dénomination « FACE à FACE »	H2015-03-1712	Campagne St Honorat 13490 JOUQUES	429494222
GUTOWSKI Marie	H2017-03-1891	131 rue Saint Pierre 13005 MARSEILLE	820641470
IMF - INSTITUT MEDITERRANEEN DE FORMATION	H2010-03-432	50 rue de Village, BP 50054 13244 MARSEILLE CEDEX 1	378911622
ISY CONSEIL	H2013-10-1285	Chemin Sainte Brigitte 13600 LA CIOTAT	794653444
JEANNEAU-SCLS - ACF-SANTE	H2014-12-1633	19 rue Pierre Brossolette 13960 SAUSSET LES PINS	799510011
LE MANAGEMENT DES LIENS - LMDL	H2014-10-1615	45 cours Gouffé 13006 MARSEILLE	494702368
MANAGEMENT QUALITE SERVICE	H2009-07-050	165 avenue du Prado 13272 MARSEILLE CEDEX 8	433365988
MARECHAL Christian sous la dénomination « CMConseil »	H2009-11-229	11 rue du Rhône 13470 CARNOUX EN PROVENCE	511599177
METHOD'IS CONSULTING	H2015-05-1717	8 rue Pilon du Roi, Domaine de Vaunière 13320 BOUC BEL AIR	520858275
MISSIA CONSEIL	H2009-07-041	2 chemin du Pigeonnier 13240 SEPTEMES LES VALLONS	484549779
PARDES CONSEIL	H2014-05-1458	3 rue Daumier 13008 MARSEILLE	797424330
PROFILS - PROFILS CONSULTANTS HOSPITALIERS	H2013-10-1297	27 boulevard de la Corderie 13007 MARSEILLE	451604532
QUALI AND CO	H2014-07-1539	Les Gonines 13520 MAUSSANNE LES ALPILLES	788514214
RECEVEUR Joseph sous la dénomination « RECEVEUR JOSEPH CONSULTANT »	H2015-03-1692	301 chemin de la Perussonne 13400 AUBAGNE	532475407
REGARDS SANTE	H2016-05-1818	132 La Canebiere 13001 MARSEILLE	817758295
RH & ORGANISATION	H2009-11-123	10 place de la Joliette, B.P. 13543 13567 MARSEILLE CEDEX 2	430485201

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
ROHMER Christophe	H2012-10-1018	4 avenue du Clos Réginel 13160 CHATEAURENARD	752212159
ROUSSEAU Charlotte	H2015-10-1769	10 impasse du Gaz Central Prado bat E 13008 MARSEILLE	805219581
S.A.C.H.A.	H2010-12-621	Centre Hospitalier Chemin des Mille Ecus 13190 ALLAUCH	410057830
SEGONNES Estelle	H2011-07-748	26 boulevard Bellevue de la Barasse 13011 MARSEILLE	523181626
SINGULIERS & CO	H2010-10-545	54 rue Jean Mermoz 13008 MARSEILLE	493659940
SOCIALYS	H2012-12-1083	3 ter Chemin des Frères gris 13080 LUYNES - AIX EN PROVENCE	753549831
SRCS	H2014-07-1545	13 Lotissement Clos de la Genetière 13950 CADOLIVE	534249727
SUD-EVAL PACA-CORSE	H2010-10-544	33 boulevard de la Liberté 13001 MARSEILLE	500005350
TRIOSPHERE - RH SOLUTIONS MARSEILLE	H2014-12-1630	63 rue de Forbin 13002 MARSEILLE	797693835
TURRON Kitty sous la dénomination « Atelier HEPTA »	H2014-03-1411	400 chemin du Jas de la Lèbre 13420 GEMENOS	434687976
WEISLO Emmanuel sous la dénomination « SYNOOS »	H2014-05-1506	85 impasse des Vignes, Les Passons 13400 AUBAGNE	799974803
WINLINK SAS - WINLINK CONSEIL (PLURISANTE)	H2013-10-1265	169 chemin de Gibbes 13014 MARSEILLE	523355865
ZPC ZONE PRODUCT CONSULTING	H2012-12-1080	165 avenue du Prado 13008 MARSEILLE	484066121
83 VAR			
ANELISE ENVIRONNEMENT	H2011-07-751	3 rue Maréchal des Logis Lorenzi 83000 TOULON	523631661
ARNAUD Isabelle sous la dénomination « FORMESENS »	H2012-03-942	951 boulevard Pierre Chavaroché 83340 LE LUC	514731611
ASSOCIATION ALIZES	H2015-05-1719	14 rue Labat 83300 DRAGUIGNAN	448924183
ASSOCIATION ALZHEIMER LES LIBELLULES	H2015-10-1757	374 avenue Jean Lachenaud 83600 FREJUS	448898122

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
AUSTRALIS	H2010-07-445	639 boulevard des Amaris - Bastide de la Giponne 83100 TOULON	408500866
BELY Clothilde sous la dénomination « BCE Bély Conseil Evaluation »	H2013-10-1312	1700 chemin de Peybert 83720 TRANS EN PROVENCE	442142394
BEN AISSIA Karim sous la dénomination « ES Conseil - Conseils aux entreprises »	H2016-05-1821	57 boulevard Stalingrad 83500 LA SEYNE SUR MER	817724453
BEN SOUSSAN FLORIAN	H2016-10-1848	Villa La Capucine, 698 Chemin De Forgentier 83200 TOULON	513596999
BUREAU ACTION QUALITE	H2011-07-801	3970 chemin des Pourraques, Quartier San Peyre 83170 BRIGNOLES	500541057
CAPGERIS CONSEIL	H2010-12-619	17 boulevard Pierre Curie, Le Paradis Nord 83320 CARQUEIRANNE	522742220
CBO	H2014-12-1659	36 allée des Bergeronnettes 83500 LA SEYNE SUR MER	518400643
COMBES Yvan sous la dénomination « YC Management »	H2013-07-1227	60 impasse des Pissacants 83136 ROCBARON	790319768
CONSEIL AUDIT PROSPECTIVE MEDITERRANEE	H2009-11-257	940 A Chemin de la Mourotte 83560 LA VERDIERE	483204269
EULALIA CONSEIL	H2015-07-1743	24 allée Anatole France 83670 BARJOLS	809919384
FARACHE-JAMET Christine sous la dénomination « Graine d'Eval »	H2011-07-762	Espace Chancel, 38, rue du Lieutenant Chancel 83160 LA VALETTE DU VAR	518715149
FORMAC DEVELOPPEMENT	H2010-07-461	13 impasse des Cystes, Le Vallon des Cigales, 83390 PIERREFEU DU VAR	490770088
FORMAVAR FORMATION PROFESSIONNELLE FORMAPRO	H2013-07-1179	245 avenue de l'Université 83160 LA VALETTE DU VAR	788674497
GALLON Elie sous la dénomination « ELIE GALLON CONSULTANT »	H2009-11-175	9 Le vallon Fleuri 756 avenue Pierre et Jean Boulet 83140 SIX FOURS LES PLAGES	400664371
GOARANT Laetitia sous la dénomination « Laetitia Goarant Conseil »	H2014-05-1474	631 chemin des Bousquetiers 83136 NEOULES	529682353
GORALCZYK CENNI Frédérique sous la dénomination « (Parenthese... »	H2013-12-1366	Chemin Bas des Paouves 83630 REGUSSE	795053081
GUY SUDRE CONSULTANTS GSC GROUPE	H2009-11-301	72 avenue de la Mer, Résidence « Les Mûriers » 83140 SIX FOURS LES PLAGES	478016801

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
HUGUET Gilles	H2010-10-547	Via Aurelia, 221 allée des cigalons, Apt 15, Bat B2 83550 VIDAUBAN	512322645
I3S - Institut Stratégie Synergie Santé	H2009-11-264	338 Les Eyssares 83720 TRANS EN PROVENCE	385053996
ITEM	H2009-07-026	317 impasse des Genevriers, Les Palmiers 83000 TOULON	494970023
JTPV CONSULTANTS	H2017-03-1882	32 avenue Brunette, Le jardin d'Alexandre 83140 SIX FOURS LES PLAGES	824767800
M P STRATEGIE	H2010-12-644	21 impasse Estelle 83100 TOULON	524345212
MARCHAND LEROUX BERNADETTE sous la dénomination « eval-efficience »	H2016-05-1827	235 rue des Glycines 83200 TOULON	389580382
MÔNIER Michel-André sous la dénomination « CITS - CONSEIL ET INTERVENTION - TRAVAIL SOCIAL »	H2012-07-982	Le Kastel A, 28 Place Henri Dunant 83400 HYERES	445028822
MSA SERVICES PROVENCE AZUR	H2015-05-1724	Centre d'Affaires l'Hexagone, Bâtiment D Chemin de la Viguière 83170 BRIGNOLES	515319937
PANAMA CONSEIL	H2013-03-1135	374 avenue du Val d'Azur 83110 SANARY SUR MER	508907094
PERFORMA-SUD	H2011-12-878	120 rue Garnaud 83140 SIX FOURS LES PLAGES	442151874
PERRIER Stéphanie	H2014-07-1525	4 rue Joseph Paul 83320 CARQUEIRANNE	753154111
PHOSPHORE	H2009-07-083	Avenue Alfred Kastler - Bâtiment 1 83160 LA VALETTE DU VAR	383088002
POIGNAULT Harvey sous la dénomination « 3G CONSULT »	H2013-10-1309	Impasse des Argelas 83136 ROCBARON	420259996
POIRIER MUSCAT Marie Lyne sous la dénomination « QUALIT ACCESS »	H2013-10-1249	398 boulevard Pierre Loti 83130 LA GARDE	753615640
PREVICONSEIL	H2010-10-534	35 rue Mireille 83000 TOULON	507843779
SAEFE	H2015-12-1786	8 impasse de la Grave Lotissement du Petit Nice 83260 LA CRAU	790024269
SCOTTO DI CARLO Nadine	H2014-07-1512	567 allée des Cèdres 83640 PLAN D'AUPS STE BAUME	799647789

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
SL CONSULTING - Cabinet CONSILIUM	H2017-05-1907	Résidence Le Saint Hélène - Bât 4 - 534 Avenue du Président John Kennedy 83140 SIX FOURS LES PLAGES	810425199
SV CONSEIL FORMATION	H2016-05-1833	66 Chemin des Galets Quartier La Verne 83500 LA SEYNE SUR MER	804618510
UP GRADE	H2010-03-422	Château d'Argent bât D, 12 avenue du 8 Mai 83400 HYERES	507494342
VAR CONSULTANT	H2014-07-1537	591 avenue Auguste Renoir, 3 Coste Chaude 83500 LA SEYNE SUR MER	800456980
YC COACHING - YC MANAGEMENT - YCCM	H2017-05-1897	60, impasse des Pissacants 83136 ROCBARON	824741813
<b>84 VAUCLUSE</b>			
BETHENCOURT Martine sous la dénomination « MB CONSEIL »	H2010-10-561	7 rue Jules Mazen 84110 VAISON-LA-ROMAINE	523747947
Cabinet ProEthique Conseil	H2009-07-102	1278 D chemin de la Verdière 84140 MONTFAVET	494225980
CO'ADEQUATION	H2010-07-488	139 rue Henri Silvy 84120 PERTUIS	479162174
CONSEIL EVALUATION FORMATION	H2013-12-1344	469 impasse des Violettes 84200 CARPENTRAS	797601085
DOMICILE INNOVATION - DOM'INNO	H2014-10-1596	135 avenue Pierre Semard, MIN Bâtiment H1 84000 AVIGNON	409436094
GILLARDO Patricia sous la dénomination « GILLARDO CONSEIL ENTREPRISE »	H2009-11-279	552 route des Transhumances 84530 VILLELAURE	509059275
JAKUBOWSKI Fabienne	H2010-12-601	Quartier Les Jassines Sud 84480 LACOSTE	500505771
KAIROS DEVELOPPEMENT	H2010-03-423	92 impasse des Grandes Terres 84450 SAINT SATURNIN LES AVIGNON	503375149
PAUCHET Marc sous la dénomination « CAMEO conseil »	H2014-10-1580	58 allée des Mayres 84320 ENTRAIGUES SUR LA SORGUE	801981473
<b>LA REUNION</b>			
JET Conseil	H2013-12-1372	23 rue Tourette 97400 ST DENIS	478735293
JULLIARD Guy sous la dénomination « Cabinet NEO »	H2012-12-1092	6 impasse Héliotropes 97411 BOIS DE NEFLES ST PAUL	349079640

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

NOM DES ORGANISMES habilités	NUMERO d'habilitation	ADRESSE	NUMERO SIREN
SOUFFRIN Emmanuel sous la dénomination « ESOI - ETUDES ETHNOCOSIOLOGIQUES DE L'OCEAN INDIEN »	H2009-11-242	1 chemin des Vandas 97417 LA MONTAGNE	430381095
SYNERGIUM CONSEIL	H2014-07-1550	38 route de Savannah 97460 ST PAUL	793532284
TERNAUX Danièle sous la dénomination « Solutions Santé Océan Indien »	H2013-10-1311	5 ter chemin Maunier 97410 ST PIERRE	394089114
TESSIER Christian	H2014-05-1481	Le Verger n° 15, 38 b rue Evariste de Parny 97419 LA POSSESSION	797685435
SUISSE			
SEMINO ARTE	H2011-03-716	Chemin Champs Colomb 26 1438 MATHOD	Registre du Commerce du canton de Vaud n°CH-550-1012308-3

Article 2

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité conformément aux dispositions de l'article D. 312-201 du code de l'action sociale et des familles.

Fait le 3 mars 2017.

*Le directeur,*  
D. CHARLANNE

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

#### **Décision n° 2017-07 du 1<sup>er</sup> avril 2017 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant délégation de signature**

NOR : AFSB1730159S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1418-1 et suivants et R. 1418-1 et suivants ;

Vu le décret du 22 décembre 2014 portant nomination de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine à compter du 5 janvier 2015,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Délégation est donnée à M. Philippe FOURCHTEIN, responsable de la mission d'inspection, pour signer les courriers de transmission des rapports d'inspection ainsi que, dans la limite de ses attributions, tout acte et courrier relatifs à la gestion courante, à l'exception de toute décision engageant l'agence sur les aspects financiers.

#### Article 2

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui prend effet le 1<sup>er</sup> avril 2017 et qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 1<sup>er</sup> avril 2017.

*La directrice générale,*  
A. COURRÈGES



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Circulaire n° SG/2017/60 du 17 février 2017 relative au développement du service civique dans le champ de la santé, du médico-social et dans les ARS**

NOR : AFSZ1705693C

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 février 2017. – Visa CNP 2017-19.

Examinée par le COMEX JSCS le 9 février 2017.

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

*Résumé* : le ministère des affaires sociales et de la santé s'est engagé pour le développement du service civique, avec un objectif fort grâce à la mobilisation du secteur public et privé non lucratif, à hauteur 17 000 nouvelles missions en 2016 et 25 000 en 2017.

Suite aux précédentes instructions, cette nouvelle circulaire a pour objectif de mobiliser à nouveau les agences régionales de santé sur le développement de l'accueil de volontaires en diffusant l'information et en sensibilisant sur chaque territoire les établissements publics et associatifs de santé, les établissements accueillant des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et les associations gestionnaires ou représentatives des usagers.

*Mots clés* : service civique – agences régionales de santé – accueil de volontaires – agrément – établissements publics et associatifs de santé – établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et associations gestionnaires ou représentatives – DRJSCS – DRDJSCS – DJSCS – DDCS – DDCSPP.

*Références* :

Circulaire n° SG/2015/353 du 9 décembre 2015 relative au service civique ;

Instruction n° ASC/2017/10 du 12 janvier 2017 relative aux modalités de mise en œuvre du service civique en 2017 ;

Note d'information n° SG/2016 du 13 mai 2016 relative à la mise en œuvre de missions du service civique dans les ARS et au développement du service civique dans le champ santé ;

Note d'information n° SG/2017/46 du 6 février 2017 relative aux actualités pour 2017 en matière de formation à destination des tuteurs et des jeunes pour la mise en œuvre du service civique.

*Annexes* : vous pouvez vous reporter à la rubrique « Grands Dossiers », service civique sur PACO intranet avec les textes mis à jour, fiches de missions et diverses actualités : <https://paco.intranet.social.gouv.fr/dossiers/sc/Pages/default.aspx>.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution) ; copie à : Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mme et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'hébergement et du logement ; 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.*

Le service civique universel est une priorité du Président de la République qui mobilise la société civile et les pouvoirs publics. Le ministère des affaires sociales et de la santé et les agences régio-

nales de santé (ARS) participent à sa montée en puissance pour contribuer à atteindre l'objectif global de 150 000 jeunes accueillis en 2017. Dans la continuité des actions que vous avez conduites en 2016, l'objectif en 2017 est d'atteindre 25 000 missions proposées aux jeunes volontaires.

Dans notre champ d'intervention, le nombre de jeunes accueillis a connu une croissance importante en 2016. Cependant, le bilan de l'année écoulée montre également que nous pouvons encore collectivement progresser en 2017.

Pour atteindre l'objectif de 25 000 volontaires, il faut agréer 15 000 missions car fin 2016, l'ensemble des acteurs de notre département ministériel compte près de 5 000 missions agréées et autant au niveau territorial (structures d'accueil hors réseaux nationaux).

Il importe en 2017 d'accompagner globalement la montée en charge du service civique dans les territoires pour garantir à tous les jeunes un accès équitable au service civique et pour leur proposer un accompagnement de qualité, quelle que soit leur structure d'accueil au sein de laquelle ils réalisent leur mission.

Dans la suite des précédentes instructions, je vous demande de mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé en les sensibilisant à l'accueil de volontaires. Vous veillerez à porter une attention particulière à l'égard des établissements publics et de santé (publics et ESPIC), des établissements et services médico-sociaux, ainsi que des structures gestionnaires ou des associations représentatives des usagers. Votre engagement se situe à deux niveaux : au sein de vos structures et auprès de vos partenaires et réseaux.

### **1. Agrément national des services déconcentrés et agences régionales de santé pour l'accueil en leur sein de missions de service civique**

Je vous rappelle qu'un agrément national unique a été délivré au SGMCAS par l'Agence du service civique sous le numéro NA-000-13-00098-00 le 13 mai 2016 pour une durée de 3 ans. Cet agrément couvre l'ensemble des services déconcentrés chargés de la jeunesse et de la vie associative, des sports et de la cohésion sociale, du travail et de l'emploi, du droit des femmes ainsi que les agences régionales de santé. Ce dispositif repose sur la base du volontariat et la durée de chaque mission doit être de huit mois. Chaque structure d'accueil doit également organiser un tutorat au profit des volontaires et un tuteur nommément désigné est chargé d'accompagner le volontaire tout au long de sa mission et du suivi de sa formation.

Un guide destiné à accompagner les tuteurs est disponible sur le site de l'Agence du service civique (ASC)

(<http://www.service-civique.gouv.fr/uploads/content/files/e211c73fc9fd8ce12b79d19846ebd7c8bce4446a.pdf>).

Il convient à présent d'accentuer la sensibilisation des acteurs de terrain au déploiement de ce dispositif. J'attends des agences régionales de la santé qu'elles accueillent, en qualité d'établissements publics rattachés aux services de l'État des volontaires sur des missions identifiées.

Dans le cadre de l'agrément du SGMCAS, quatre fiches types descriptives pour le secteur santé ont été définies en concertation avec les référents service civique des ARS. Ces fiches descriptives déterminent un cadre proposé aux volontaires. Le caractère d'innovation et d'exemplarité des missions est essentiel. Par avenant avec l'agence du service civique, un élargissement progressif du nombre de missions types est possible si de nouveaux besoins émergent.

Au plan local, vous pouvez compter sur l'expertise des services déconcentrés du réseau « cohésion sociale » (DR(D)JSCS, DJSCS, DDCS et DDCSPP). Je vous invite donc à vous rapprocher des directions du réseau « cohésion sociale » pour réfléchir à d'éventuelles missions conjointes sur vos sujets communs, et notamment sur le plan sport, santé, bien être ou sur la thématique santé-précarité.

### **2. La mobilisation des établissements de santé (publics et ESPIC), des établissements et services médico-sociaux, et des associations gestionnaires ou représentatives**

Ces structures ont déjà investi le dispositif et accueillent des volontaires sur des missions variées, avec des retours d'expérience très positifs de la part des jeunes mais aussi des établissements d'accueil et des résidents accueillis. Cependant, je souhaite que l'ensemble des établissements et associations gestionnaires de votre région soient à nouveau incité à accueillir, sans limite quantitative, des jeunes en service civique.

Je vous demande donc de rappeler, par mail ou par voie postale, à l'ensemble de ces partenaires (établissements de santé publics, ESPIC, centres de lutte contre le cancer, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics et associatifs, gestionnaires et établissements accueillant des enfants et adultes handicapés publics et associatifs), les éléments de la circulaire de décembre 2015.

### 3. Un plan d'action régional

Conformément à l'instruction de l'Agence du service civique du 12 janvier 2017, je vous invite à vous rapprocher des DR(D)JSCS pour dresser un diagnostic de l'existant et des potentiels afin de partager avec les équipes départementales et les partenaires, la stratégie de développement du service civique. Ce diagnostic permettra d'identifier les potentiels de développement sur chacun des territoires et de repérer, avec l'aide éventuelle de l'agence du service civique, les structures de votre territoire qui pourraient rapidement proposer des missions à des volontaires.

Sur la base de ce diagnostic, le réseau JSCS mettra en place avec votre soutien un plan d'actions régional qui comprendra :

- l'organisation au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2017, de réunions régionales ou interdépartementales avec l'ensemble des opérateurs publics pour relancer la promotion du service civique dans les territoires et partager le diagnostic territorial de l'offre d'accueil ;
- des démarches de sensibilisation des opérateurs, associations, établissements publics et collectivités sur le territoire ;
- la valorisation des bonnes pratiques ;
- l'accompagnement d'initiatives nationales de prévention (octobre rose, semaine nationale de l'audition, Moi(s) sans tabac, semaine handicap, etc.) et de plans saisonniers (canicules/grand froid, intoxications aux monoxyde de carbone, maladie de Lyme...).

Autant que possible, cette feuille de route annuelle voire pluriannuelle sera présentée en comité de l'administration régionale (CAR) et transmise à l'agence du service civique avant la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2017.

Enfin, comme la plupart d'entre vous l'on fait, et dans le contexte du renouvellement de vos sites internet, je souhaite que vous mettiez en ligne sur les pages dédiées de vos agences l'ensemble de ces documents accompagnés d'une information générale sur le service civique et d'indiquer les coordonnées de la, ou des personnes à contacter sur ce sujet.

Pour vous accompagner dans vos actions, l'agence du service civique met à votre disposition des supports de présentation à l'attention des établissements et services de santé.

Je vous invite également à vous appuyer sur les partenariats nationaux conclus entre l'ASC et les fédérations nationales pour développer le service civique au sein de vos territoires.

Je compte sur votre mobilisation pour ce chantier prioritaire.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG  
Centre national de gestion

#### **Délibération n° 2017-02 du 27 février 2017 adoptant le compte financier 2016 du Centre national de gestion**

NOR : AFSN1730157X

Le conseil d'administration du Centre national de gestion,

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, notamment ses articles 8 (2°), 13 et 15 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, et notamment son article 213 ;

Vu le rapport présenté par l'agent comptable du Centre national de gestion ;

Vu le rapport présenté par la directrice générale du Centre national de gestion ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le compte financier du Centre national de gestion pour l'année 2016 est approuvé, conformément au compte de résultat et au tableau de financement abrégé.

#### Article 2

Le montant des enveloppes est arrêté à :

- charges de personnel : 16 187 796 €, dont un montant de 7 939 651 € pour les charges de personnel en propre du CNG ;
- autres charges de fonctionnement : 18 386 361 € ;
- dépenses d'investissement : 518 314 € ;
- à ce montant, s'ajoute un montant de 546 672 € au titre des dotations aux amortissements et, le cas échéant, aux provisions.

#### Article 3

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, à l'issue du délai d'un mois prévu au 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 213 du décret susvisé du 7 novembre 2012.

Délibéré le 27 février 2017.

Pour extrait certifié conforme :  
*Le président du conseil d'administration,*  
P. GEORGES

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG  
Centre national de gestion

**Délibération n° 2017-03 du 27 février 2017  
portant affectation du résultat 2016 du Centre national de gestion**

NOR : AFSN1730158X

Le conseil d'administration du Centre national de gestion,

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, notamment ses articles 8 (2°) 13 et 15 ;

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

Vu le rapport présenté par l'agent comptable du Centre national de gestion ;

Vu le rapport présenté par la directrice générale du Centre national de gestion ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

Le bénéfice constaté dans le compte de résultat 2016 du CNG est de 962832 €.

Ce bénéfice vient en augmentation des réserves des années précédentes.

Article 2

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, à l'issue du délai d'un mois prévu au deuxième alinéa de l'article 213 du décret susvisé du 7 novembre 2012.

Délibéré le 27 février 2017.

Pour extrait certifié conforme :  
*Le président du conseil d'administration,*  
P. GEORGES

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-01 du 16 mars 2017 portant approbation du compte financier 2016 et affectation du résultat 2016**

NOR : AFSX1730154X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

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

Vu le compte financier 2016 présenté par l'agent comptable du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. D'approuver le compte financier 2016 présenté par l'agent comptable du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

2. D'approuver le résultat de fonctionnement déficitaire de l'exercice 2016 arrêté à la somme de - 85 427 039,42 € et de l'affecter au compte n° 106821 Réserves facultatives - Établissement, ce qui portera son montant à 159 323 986,96 €.

3. D'approuver le résultat budgétaire déficitaire de l'exercice 2016 arrêté à la somme de - 69 362 418,01 € et le tableau d'équilibre financier arrêté à la somme de - 69 626 336,11 €.

4. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-01 du 16 mars 2017 portant approbation du compte financier 2016 et affectation du résultat 2016.

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 2.

Nombre de voix « Pour » : 18.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
A. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-02 du 16 mars 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre)**

NOR : AFSX1730155X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 12 et 22 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et notamment son article 193 ;

Vu la délibération n° 2014-10-2 du 16 octobre 2014 relative aux modalités d'examen des demandes de rectification d'erreur de liquidation et de remise gracieuse formées par les employeurs publics ainsi que des admissions en non-valeur en matière de contributions ;

Vu la demande du centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre) du 7 juin 2016 ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Il est accordé au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre) une remise gracieuse partielle d'un montant de cinq cent quatre-vingt-quatre mille soixante-cinq euros cinquante-trois centimes (584065,53 €) portant sur la contribution due au FIPHFP au titre des exercices 2013 et 2014.

2. Cette remise est accordée au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH de Nanterre), sous la réserve qu'il s'acquitte du montant de la contribution due au titre de l'année 2016 dans le délai de trois mois à compter de l'adoption de la présente délibération.

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-02 du 16 mars 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (CASH Nanterre).

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 5.

Nombre de voix « Pour » : 8.

Nombre de voix « Contre » : 7.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*

A. PERRIOT

*Le directeur,*

M. DESJARDINS



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-04 du 16 mars 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le groupe hospitalier Est Réunion (GHER)**

NOR : AFSX1730156X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 12 et 22 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique et notamment son article 193 ;

Vu la délibération n° 2014-10-2 du 16 octobre 2014 relative aux modalités d'examen des demandes de rectification d'erreur de liquidation et de remise gracieuse formées par les employeurs publics ainsi que des admissions en non-valeur en matière de contributions ;

Vu la demande du groupe hospitalier Est Réunion (GHER) du 23 juin 2016 ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Il est accordé au groupe hospitalier Est Réunion (GHER) une remise gracieuse partielle d'un montant de cent soixante et un mille cent quatre-vingt-treize euros cinquante-trois centimes (161 193,53 €) portant sur la contribution due au FIPHFP au titre de l'exercice 2015.

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-04 du 16 mars 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le groupe hospitalier Est Réunion (GHER).

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 5.

Nombre de voix « Pour » : 13.

Nombre de voix « Contre » : 2.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
A. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

#### FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-05 du 16 mars 2017 portant sur les frais de mission afférents aux instances du FIPHFP**

NOR : AFSX1730151X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment son article 14 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État et les textes subséquents ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Pour les agents propres et mis à disposition de l'établissement public FIPHFP, le montant maximum de remboursement par nuitée (petit déjeuner inclus) et le montant maximum de remboursement des frais pour un repas sont établis conformément aux barèmes applicables aux personnels de la Caisse des dépôts et consignations.

2. Pour les membres du comité national, les membres des comités locaux, les personnalités qualifiées assistant à ces comités en application du pénultième alinéa des articles 8 et 13 du décret 2006-501 du 3 mai 2006 modifié, ainsi que les membres du conseil scientifique qui sont dans une situation de handicap les rendant éligibles aux financements du FIPHFP en application des articles 2 et 3 du décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 susvisé, si un moyen de transport adapté est nécessaire et/ou en cas de recours à une infrastructure hôtelière avec accès aménagé :

- le montant maximum de remboursement par nuitée (petit déjeuner inclus) est fixé à 120 € dans le cadre des déplacements en métropole ;
- le coût du transport adapté est remboursé dans les conditions fixées pour l'aide au transport adapté figurant dans le catalogue des interventions du FIPHFP.

3. Pour les membres du comité national, les membres des comités locaux, les personnalités qualifiées assistant à ces comités en application du pénultième alinéa des articles 8 et 13 du décret 2006-501 du 3 mai 2006 modifié ainsi que les membres du conseil scientifique qui ne sont pas en situation de handicap, au sens du 2 de la présente délibération : le montant maximum de remboursement par nuitée est établi par référence aux barèmes applicables aux personnels civils de l'État exerçant dans les ministères économiques et financiers, pour un montant maximal de 70 € par nuitée.

4. Pour les membres du comité national, les personnalités qualifiées assistant au comité national en application du pénultième alinéa de l'article 8 du décret 2006-501 du 3 mai 2006 modifié, ainsi que les membres du conseil scientifique, les billets (et abonnements si justifiés) SNCF peuvent être financés en tarif de 1<sup>re</sup> classe dans la limite du trajet conduisant directement entre la gare la plus proche du domicile du bénéficiaire et la gare parisienne lui permettant d'assister aux réunions du FIPHFP, à la condition que le trajet SNCF le plus direct séparant ces deux gares excède une durée de 3 heures.

5. L'application de ces règles ne saurait conduire à rembourser une somme supérieure à celle effectivement engagée.

6. Sauf cas de force majeure dûment justifié, les demandes de remboursements de frais de mission doivent être adressées au plus tard un an après la date d'établissement des justificatifs des frais exposés.

7. La présente délibération annule et remplace les délibérations suivantes :

- délibération n° 2015-07-02 du 7 juillet 2015 portant sur les frais de mission ;
- délibération n° 2015-12-03 du 17 décembre 2015 relative aux frais de mission des comités locaux.

8. Sauf cas de force majeure justifiant sa révision, la présente délibération et les montants qu'elle mentionne sont applicables pendant une période de trois ans, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

9. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits de fonctionnement du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

10. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Délibération n° 2017-03-05 du 16 mars 2017 portant sur les frais de mission afférents aux instances du FIPHFP.

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 2.

Nombre de voix « Pour » : 18.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP  
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-06 du 16 mars 2017 portant sur la prise en charge des coûts d'acheminement électronique et de mise à disposition des dossiers des membres du comité national du FIPHFP**

NOR : AFSX1730152X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
En application de l'article 12 du décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions des articles 20, 30 et 31 de son règlement intérieur ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Sur demande expresse de l'organisation dont un membre du comité national est le représentant au sein du comité, le FIPHFP peut verser à cette organisation une allocation destinée à couvrir les coûts d'acheminement électronique et de mise à disposition de son représentant et de son suppléant, des documents concernant les réunions du comité et de ses commissions.

2. Cette allocation est destinée à couvrir :

- d'une part, le coût de la mise à disposition de son représentant et de son suppléant par l'organisation concernée, pour une période de quatre ans, d'un ordinateur portable et d'une imprimante dans la limite d'un plafond de 500 € (TTC) par personne, plafond majoré à 1 000 € (TTC) pour les personnes en situation de handicap ;
- d'autre part, une participation financière forfaitaire destinée à couvrir les frais d'utilisation de cet équipement, d'un montant de 200 € (TTC) par personne et par an.

3. La mesure est étendue aux personnalités qualifiées.

4. Les montants figurant au 2 ci-dessus sont ajustés, le cas échéant, par une délibération du comité national.

5. La mise en œuvre de cette allocation fait l'objet d'une convention dont le modèle a été présenté au comité national.

6. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-06 du 16 mars 2017 portant sur la prise en charge des coûts d'acheminement électronique et de mise à disposition des dossiers des membres du comité national du FIPHFP.

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 1.

Nombre de voix « Pour » : 15.

Nombre de voix « Contre » : 4.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

#### FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-07 du 16 mars 2017 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique**

NOR : AFSX1730153X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36, 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu le règlement intérieur du comité national modifié ;

Vu les articles 63 à 66 du règlement intérieur modifié du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique du 7 novembre 2000 ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Il est créé un groupe de travail destiné à formuler des propositions aux pouvoirs publics sur la trajectoire financière du FIPHFP, à soumettre préalablement à la validation du comité national du fonds.

La définition de ces propositions poursuit deux objectifs :

- définir les éléments de langage que peut porter la gouvernance du fonds en matière budgétaire et financière, dans ses différentes discussions et démarches ;
- définir le cadre dans lequel le fonds devra établir ses prochains budgets ainsi qu'entamer la négociation de sa prochaine convention d'objectif et de gestion.

2. Le groupe de travail du comité national est composé des membres suivants :

*Au titre des membres du comité national*

M. Bruno Besançon.

M. Jean-Philippe Boyé.

Mme Dominique Capitaine.

M. Pierre Coural.

Mme Agnès Duguet.

Mme Jeanne-Claudia Fradi.

Mme Asma Gara-Feliu.

M. André Guenec.

M. Florian Guzdek.

M. Cheick Mamady Kaba.

M. Bruno Koubi.

Mme Christine Laplace.

M. Yvonnick Lavolée.

Mme Isabelle Palud-Gouesclou.

M. Bruno Picard.

M. Christophe Roth.

Mme Muriel Scappini.

*Au titre des personnalités qualifiées*

M. Gérard Lefranc.

M. Philippe Nicolle.

3. Conformément à l'article 18 (5<sup>o</sup>) du décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, le directeur du FIPHFP est membre de ce groupe de travail. Il peut être :

- représenté ou assisté par d'autres membres de l'établissement public ;
- assisté d'agents du gestionnaire administratif, au titre de leur expertise.

4. Le groupe de travail est appelé à se réunir à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

5. Le groupe de travail désignera un délégué lors de sa première réunion, qui devra rendre compte des travaux du groupe de travail.

6. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-07 du 16 mars 2017 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

Nombre de présents au moment de la délibération : 20.

Votants : 20.

Abstentions : 0.

Nombre de voix « Pour » : 20.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
A. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-08 du 16 mars 2017 portant approbation de la convention-cadre de coopération entre l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)**

NOR : AFSX1730147X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, et notamment son article 208 ;  
Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu le règlement intérieur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique adopté le 7 novembre 2006 modifié, et notamment ses articles 1<sup>er</sup> et 6 ;

Vu la délibération n° 2016-12-02 du comité national du 13 décembre 2016 portant sur le budget du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2017 ;

Vu les projets de convention-cadre de coopération avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) pour la période 2017-2019 et de convention financière 2017 présentés par le directeur du FIPHFP,

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Le projet de convention-cadre de coopération 2017-2019, ainsi que le projet de convention financière 2017 entre l'AGEFIPH et le FIPHFP sont approuvés.

2. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits d'intervention du fonds.

3. Le directeur du FIPHFP est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-08 du 16 mars 2017 portant approbation de la convention-cadre de coopération entre l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Nombre de présents au moment de la délibération : 18.

Votants : 20 (dont 2 pouvoirs).

Abstentions : 2.

Nombre de voix « Pour » : 18.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

#### FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-09 du 16 mars 2017 portant approbation de la convention de partenariat entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP)**

NOR : AFSX1730148X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011, et notamment son article 208 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu le règlement intérieur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique adopté le 7 novembre 2006 modifié, et notamment ses articles 1<sup>er</sup> et 6 ;

Vu la délibération n° 2016-12-02 du Comité national du 13 décembre 2016 portant sur le budget du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2017 ;

Vu le projet de convention de partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP),

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Le projet de convention de partenariat avec l'École des hautes études en santé publique (EHESP) est approuvé pour un montant de 750 000 € (sept cent cinquante mille euros) sur 4 ans : 2017-2020.
2. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits d'intervention du fonds.
3. Le directeur du FIPHFP est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-09 du 16 mars 2017 portant approbation de la convention de partenariat entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP)

Nombre de présents au moment de la délibération : 18.

Votants : 20 (dont 2 pouvoirs).

Abstentions : 0.

Nombre de voix « Pour » : 20.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

#### FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-10 du 16 mars 2017 portant sur les interventions du FIPHFP relative au plafonnement des interventions financées par employeur au moyen de la plateforme des aides du FIPHFP**

NOR : AFSX1730149X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu la délibération n° 2016-03-08 du 10 mars 2016 portant sur la modification du catalogue des aides du FIPHFP et de son intitulé ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. D'adopter la proposition d'un plafond de financement des interventions financées dans le cadre de l'offre du catalogue des interventions du FIPHFP par le biais de la plateforme des aides du gestionnaire administratif du FIPHFP à un montant de cent mille euros (100 000 €) sur une période de trois ans en année glissante à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016 par employeur bénéficiaire des aides du fonds.

2. D'apprécier cette durée de trois ans à partir de l'année de référence 2016.

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-10 du 16 mars 2017 portant sur les interventions du FIPHFP relative au plafonnement des interventions financées par employeur au moyen de la plateforme des aides du FIPHFP.

Nombre de présents au moment de la délibération : 18.

Votants : 20 (dont 2 pouvoirs).

Abstentions : 0.

Nombre de voix « Pour » : 20.

Nombre de voix « Contre » : 0.

La délibération est adoptée.

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

#### **Délibération n° 2017-03-11 du 16 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil scientifique**

NOR : AFSX1730150X

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,  
Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36, et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006, modifié par le décret n° 2009-1149 du 24 septembre 2009, relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu le règlement intérieur du comité national modifié, et notamment son article 8 ;

Vu la délibération n° 2013-05-06 du 29 mai 2013 portant modification du règlement intérieur du comité national ;

Vu la délibération n° 2013-12-13 du 11 décembre 2013 portant modification du règlement intérieur du comité national ;

Vu la délibération n° 2015-10-07 du 15 octobre 2015 portant modification du règlement intérieur du comité national ;

Vu le parrainage des membres du comité national ;

Vu la lettre de candidature de M. Pierre BLANC, en date du 26 janvier 2017 ;

Sur proposition du président ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. M. Pierre BLANC est nommé membre du conseil scientifique du FIPHFP.

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-03-11 du 16 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil scientifique
---

Nombre de présents au moment de la délibération : 18
--

Votants : 20 (dont 2 pouvoirs).
---------------------------------

Abstentions : 2.
------------------

Nombre de voix « Pour » : 18.
-------------------------------

Nombre de voix « Contre » : 0.
--------------------------------

La délibération est adoptée.
------------------------------

Fait le 16 mars 2017.

*Le président,*  
D. PERRIOT

*Le directeur,*  
M. DESJARDINS

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAMTS  
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

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

NOR : AFSX1730164X

Direction régionale du service médical d'Alsace-Moselle.

Secrétariat général.

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.

SECRETARIAT GÉNÉRAL (SG)  
DIRECTION DE LA GESTION DES MOYENS ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (DGMET)  
DÉPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION DES SITES DÉCONCENTRÉS (DASD)

#### M. Grégory HEL

Décision du 1<sup>er</sup> mars 2017

Délégation de signature est accordée à M. Grégory HEL, responsable administratif des sites de Troyes-Bordeaux-Caen, SG/DGMET pour signer :

- la correspondance courante liée à la gestion des sites de Troyes/Bordeaux/Caen, à l'exclusion de tout document portant décision de principe relevant du directeur général, du directeur délégué aux finances et à la comptabilité et de la secrétaire générale, ou concernant les destinataires suivants : tutelles, corps de contrôle ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par les sites de Troyes-Bordeaux-Caen ;
- les déclarations de perte ou de vol, d'atteinte aux biens (meubles et immeubles) et aux personnes relevant de son autorité, auprès des services de police ou de toute juridiction compétente ;
- les bons de commande d'un montant allant jusqu'à 46 000 € (HT) imputables sur le BEP au titre des sites de Troyes-Bordeaux-Caen dans le respect des enveloppes allouées pour les dépenses de fonctionnement ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAMTS au titre des sites de Troyes-Bordeaux-Caen dans le respect des enveloppes budgétaires allouées pour les dépenses de fonctionnement ;
- les justificatifs comptables liés aux sorties d'inventaire.

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

Signé : Nicolas Revel, directeur général.

#### Mme Sylvie LADOIRE-REVOL

Décision du 28 février 2017

La délégation de signature accordée à Mme Sylvie LADOIRE-REVOL par décision du 17 novembre 2014 est abrogée au 28 février 2017 au soir.

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

Signé : Nicolas Revel, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL D'ALSACE-MOSELLE (DRSM)

**Mme le docteur Odile BLANCHARD**

Décision du 6 mars 2017

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

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

Signé : Nicolas Revel, directeur général.

**M. le docteur Jean-Baptiste SCHOUX**

Décision du 6 mars 2017

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

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

Signé : Nicolas Revel, directeur général.

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 21 mars 2017 fixant le calendrier 2017 de la procédure nationale de choix de la discipline, de la spécialité et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales**

NOR : AFSN1730130A

La directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière,

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;

Vu l'arrêté du 19 mai 2005 modifié fixant les modalités d'organisation de la procédure nationale de choix de la discipline et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le calendrier 2017 de la procédure nationale de choix de la discipline, de la spécialité et du centre hospitalier universitaire de rattachement à l'issue des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales est fixé comme suit :

- 1° Inscription en ligne des étudiants à partir du mardi 23 mai 2017.
- 2° Simulations des vœux d'affectation dès la parution des résultats des épreuves et dès la publication des postes offerts jusqu'au 31 juillet 2017 inclus.
- 3° Procédure nationale de choix : simulations des vœux d'affectation à partir du 1<sup>er</sup> août 2017, choix définitifs, par tranche, du 29 août 2017 au 20 septembre 2017.

#### Article 2

Les opérations se dérouleront à partir du site Internet : <https://www.cngsante.fr/chiron2017/celine>

#### Article 3

Le chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 21 mars 2017.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
D. TOUPILLIER*

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 29 mars 2017 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales**

NOR : AFSH1730138A

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

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 17 novembre 2015 susvisé est modifié comme suit :

1° Au III :

a) Mme Virginie PREYSSAS, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif, est nommée en remplacement de M. Gilles LE NORMAND, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif (1<sup>er</sup> suppléant) ;

b) Mme Nathalie LE MOAL, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, est nommée en remplacement de Mme Micheline CHRISTOT, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (1<sup>er</sup> suppléant) ;

c) Mme Martine SIGWALD, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, est nommée en remplacement de Mme Marie BOMBAIL, Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (2<sup>e</sup> suppléant).

2° Au IV, les mots : « Syndicat des opticiens sous enseigne » sont remplacés par les mots : « Syndicat national des opticiens réunis ».

#### Article 2

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

Fait le 29 mars 2017.

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

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 5 avril 2017 portant nomination des membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours à titre européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2017-2018**

NOR : AFSN1730146A

La directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière,

Vu le code de l'éducation, et notamment les articles R. 634-6 relatif à l'accès au troisième cycle long des études odontologiques et R. 634-20 relatif à l'accès au troisième cycle long pour les praticiens français ou ressortissants des autres États membres de l'Union européenne, des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre ;

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;

Vu l'arrêté du 17 novembre 2011 modifié relatif à l'organisation et au programme du concours d'internat en odontologie ;

Vu l'arrêté du 4 janvier 2017 portant ouverture du concours national d'internat en odontologie au titre de l'année universitaire 2017-2018 ;

Vu l'arrêté du 4 janvier 2017 portant ouverture du concours d'internat en odontologie à titre européen pour les praticiens de l'art dentaire français, andorrans ou ressortissants d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse au titre de l'année universitaire 2017-2018,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Les personnes dont les noms suivent sont nommées membres du jury du concours national d'internat en odontologie et du concours européen en odontologie organisés au titre de l'année universitaire 2017-2018 :

#### *1° En qualité de président du jury*

Pr Virginie Monnet-Corti.

#### *2° En qualité de membres titulaires*

Mme Dominique Desprez-Droz.

Pr Sibylle Opsahl-Vital.

M. Jacques Gaubert.

Pr Marie-Pierryle Filleul.

Pr Valérie Bertaud-Bertrand.

Pr Bruno Foti.

Mme Hélène Rangé-Jan.

M. Gérard Bader.

Pr Philippe Lesclous.

Mme Hélène Chardin.

Pr Brigitte Alliot-Licht.  
Mme Justine Le Clerc-Poirier.  
Pr Pierre Farge.  
M. Pierre Moulin.  
Pr Sylvie Montal.  
Pr Radhouane Dallel.  
Pr Thomas Colard.

*3° En qualité de membres suppléants*

M. Frédéric Courson.  
Mme Serena Lopez-Cazaux.  
Mme Marie-Christine Alric-Goldsmith.  
Pr Jean-Jacques Morrier.  
M. Maxime Rotenberg.  
M. Cedric Bazert.  
Pr Marie-José Boileau.  
Pr Armelle Ezvan-Manière.  
M. Gilles Amador Del Valle.  
M. Bruno Comte.  
Pr Bruno Foti.  
Pr Michel Sixou.  
M. Yves Lauverjat.  
Mme Kerstin Gritsch.  
Pr Hervé Boutigny.  
Pr Marie-Laure Colombier.  
M. Christophe Deschaumes.  
Mme Bérengère Phulpin.  
Pr Jacques-Henri Torres.  
Pr Yvon Roche.  
Pr Stéphane Simon.  
Pr Valérie Roger-Leroi.  
Pr Guillaume Penel.  
Pr Jacques-Olivier Pers.  
M. Ivan Panayotov.  
M. Philippe Guignes.  
Pr Martine Guigand.  
Pr Dominique Seux.  
M. Jacques Schouver.  
M. Nicolas Eid.  
Pr Michel Postaire.  
Pr Véronique Ferran-Dupuis.  
Mme Fabienne Jordana.  
M. Jacques Colat Parros.  
Pr Pierre Weiss.  
Pr Brigitte Grosogeat.

Article 2

Le chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 5 avril 2017.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,  
D.TOUPILLIER*



## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 11 avril 2017 portant nomination des membres du jury des épreuves du concours spécial d'internat de médecine du travail au titre de l'année universitaire 2017-2018**

NOR : AFSN1730172A

La directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière,

Vu le code de l'éducation, et notamment l'article R. 632-53 relatif à l'accès aux formations du troisième cycle pour les médecins français ou ressortissants des autres États membres de l'Union européenne, des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Confédération helvétique ou de la Principauté d'Andorre ;

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) ;

Vu l'arrêté du 18 février 2005 relatif à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine du travail ;

Vu l'arrêté du 27 décembre 2016 portant ouverture du concours spécial d'internat de médecine du travail au titre de l'année universitaire 2017-2018,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Les personnes dont les noms suivent sont nommées membres du jury des épreuves du concours spécial d'internat en médecine du travail au titre de l'année universitaire 2017-2018 :

##### *1° En qualité de président de jury*

Pr Soulat (Jean-Marc).

##### *2° En qualité de vice-président du jury*

Pr Paris (Christophe).

##### *3° En qualité de membres titulaires*

Pr Gonzalez (Maria).

Pr Andujar (Pascal).

Pr Clin-Godard (Bénédicte).

Dr Philippon-Doutrelot (Catherine).

Dr Nisse-Ramond (Catherine).

Dr Caubet (Alain).

Dr Sari (Irène).

##### *4° En qualité de membres suppléants*

Dr Lodde (Brice).

Pr Druet-Cabanac (Michel).

Pr D'Escatha (Alexis).

Pr Bonneterre (Vincent).

Pr Charbotel (Barbara).

Pr Lehucher-Michel (Marie-Pascale).

Pr Libault Baldi (Isabelle).  
Pr Lasfargues (Gérard).  
Pr Quinton Fantoni (Sophie).

Article 2

Le chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 11 avril 2017.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,*  
D.TOUPILLIER

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (JORF n° 109 du 10 mai 2017)**

NOR : AFSH1706727A

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 le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'avis du Haut conseil des professions paramédicales en date du 22 février 2017 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 18 avril 2017 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes du 6 avril 2017,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – A l'article 35, après l'alinéa 3 sont ajoutés les alinéas rédigés comme suit :

« Les étudiants de troisième année qui ne valident pas en 2017 l'ensemble de la formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 5 septembre 1989 susvisé voient leur situation examinée par la commission d'attribution des crédits :

- Si l'étudiant ne valide pas au moins 60 % des modules de troisième année ou parties de modules figurant au programme, la commission d'attribution des crédits propose un redoublement en troisième année sous le nouveau programme défini par le présent texte ; l'étudiant poursuit sa scolarité selon le nouveau régime d'études.
- Si l'étudiant a validé au moins 60 % des modules de troisième année ou parties de modules figurant au programme, la commission d'attribution des crédits propose la réalisation d'un stage à temps plein de cinq semaines dans les structures de soins agréées par le directeur de l'institut, en lien avec les disciplines des modules non validés, à raison de cinq semaines de stage par module ou réparties sur plusieurs modules. Ce stage fait l'objet de deux mises en situation professionnelle, l'une réalisée à mi parcours et l'autre en fin de stage, ainsi que d'une épreuve écrite assortie d'une session de rattrapage.

Ces étudiants sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute au cours d'une session organisée en janvier 2018 ou d'une session ultérieure et au plus tard en janvier 2019.

En cas de non validation de ces modules, l'étudiant intègre la formation en quatrième année du nouveau programme défini par le présent texte.

Cette proposition est soumise à l'avis conforme du conseil pédagogique. »

**Art. 2.** – Après l'annexe V, il est ajoutée une annexe VI « supplément au diplôme ».

Le supplément au diplôme est délivré aux étudiants ayant entrepris leur études à compter de la rentrée de septembre 2015.

**Art. 3.** – 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 la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargées, chacune en ce qui la concerne de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 mai 2017.

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

*La ministre de l'éducation nationale,  
de l'enseignement supérieur  
et de la recherche,*  
Pour la ministre et par délégation :  
*Le chef de service  
de la stratégie des formations  
et de la vie étudiante,*  
R.-M. PRADEILLES-DUVAL

ANNEXE



## SUPPLÉMENT AU DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Le présent supplément au diplôme (annexe descriptive) suit le modèle élaboré par la Commission européenne, le Conseil de l'Europe et l'UNESCO/CEPES. Le supplément vise à fournir des données indépendantes et suffisantes pour améliorer la "transparence" internationale et la reconnaissance académique et professionnelle équitable des qualifications (diplômes, acquis universitaires, certificats, etc). Il est destiné à décrire la nature, le niveau, le contexte, le contenu et le statut des études accomplies avec succès par la personne désignée par la qualification originale à laquelle ce présent supplément est annexé. Il doit être dépourvu de tout jugement de valeur, déclaration d'équivalence ou suggestion de reconnaissance. Toutes les informations requises par les huit parties doivent être fournies. Lorsqu'une information fait défaut, une explication doit être donnée.

### 1. INFORMATIONS SUR LE TITULAIRE DU DIPLÔME

1.1	Nom(s) :	
1.2	Prénom(s) :	
1.3	Date de naissance :	
1.4	Numéro d'identification de l'étudiant (si disponible)	

### 2. INFORMATIONS SUR LE DIPLÔME

2.1	Intitulé du diplôme :	Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute
2.2	Principaux domaines d'études couverts par le diplôme	- Enseignements fondamentaux - Sciences et ingénierie en kinésithérapie - Approfondissement et professionnalisation
2.3	Nom et statut de l' <b>autorité</b> ayant délivré le diplôme	Ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche Direction régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale
2.4	<b>Date de délivrance du diplôme/ cachet de l'autorité</b>	
2.5	Nom et statut de l'établissement dispensant la formation	
2.6	Langue(s) de formation/d'examen	Français

### 3. INFORMATIONS SUR LE NIVEAU DU DIPLÔME

3.1	Niveau du diplôme :	240 crédits ECTS
3.2	Durée officielle du programme :	8 semestres
3.3	Condition(s) d'accès :	Première année universitaire validée correspondant à 60 ECTS à compter de la rentrée 2016-2017 (PACES, première année de licence STAPS ou première année de licence dans le domaine sciences, technologies, santé).

<b>4. INFORMATIONS SUR LE CONTENU ET LES RÉSULTATS OBTENUS</b>		
4.1	Organisation des études :	(régime de formation de l'étudiant) <input type="checkbox"/> initiale <input type="checkbox"/> continue
4.2	Exigences du programme :	<p>La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.</p> <p>Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie.</p> <p>Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination. Il concourt par ailleurs à la formation initiale, continue et à la recherche.</p> <p>Le masseur-kinésithérapeute a plusieurs rôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un expert en masso-kinésithérapie</li> <li>• un praticien</li> <li>• un formateur</li> <li>• un communicant</li> <li>• un éducateur</li> <li>• un gestionnaire</li> <li>• un responsable au regard de la déontologie.</li> </ul> <p>Le masseur-kinésithérapeute exerce les fonctions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie</li> <li>2. Élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie</li> <li>3. Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique</li> <li>4. Prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes</li> <li>5. Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique</li> <li>6. Organisation et coordination des activités de santé</li> <li>7. Gestion des ressources et management</li> <li>8. Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles</li> <li>9. Recherche et études en masso-kinésithérapie</li> <li>10. Formation et information des professionnels et des futurs professionnels</li> </ol>

	<p><b>Domaine de compétences 1</b> Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique</p>	<p><b>Pour exercer ces fonctions les compétences visées sont :</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Apprécier dès la prise de contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble à partir des éléments et des moyens à disposition du masseur kinésithérapeute, ainsi que les risques inhérents à une prise en charge en masso-kinésithérapie</li><li>2. Repérer et analyser la plainte et les attentes du patient et/ou de son représentant légal ou le tiers de confiance</li><li>3. Rechercher, analyser et interpréter les différentes catégories de données nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique</li><li>4. Adapter le questionnement anamnestique aux hypothèses induites par les informations collectées auprès du patient</li><li>5. Élaborer une démarche diagnostique à partir des éléments recueillis au cours de l'entretien relatif à la plainte et à l'anamnèse</li><li>6. Identifier les étapes, les modalités et les outils nécessaires à la réalisation du bilan masso-kinésithérapique et les éléments d'information indispensables pour analyser la situation du patient</li><li>7. Organiser, planifier et réaliser le bilan masso-kinésithérapique et le bilan d'évolution</li><li>8. Explorer les structures et les fonctions : observer, palper, mesurer des paramètres biométriques, physiologiques en utilisant les tests et outils appropriés</li><li>9. Structurer, hiérarchiser, synthétiser et interpréter les informations pour résoudre des situations complexes</li><li>10. Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques à partir de la synthèse des informations collectées et des éléments perçus au cours de la rencontre</li><li>11. Compléter et/ou réorienter l'évaluation en cours de bilan, si nécessaire, en fonction de ces hypothèses formulées</li><li>12. Élaborer un diagnostic kinésithérapique précisant le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non, et leur évolution probable à partir du relevé des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements et en sélectionnant les terminologies adéquates parmi les termes diagnostiques en usage en masso-kinésithérapie</li><li>13. Réaliser un diagnostic kinésithérapique s'appuyant notamment sur un diagnostic différentiel.</li><li>14. Émettre et réajuster un pronostic kinésithérapique à partir du diagnostic réalisé, de la difficulté ou du dysfonctionnement constaté, son degré de sévérité, des hypothèses d'évolution probable des troubles et des effets attendus de l'intervention en masso-kinésithérapie</li><li>15. Évaluer la pertinence de l'intervention en masso-kinésithérapie</li><li>16. Rédiger un compte rendu du bilan masso-kinésithérapique en respectant la réglementation en vigueur</li></ol>
--	---	---

<p><b>Domaine de compétences 2</b> Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer une stratégie d'intervention, définir et hiérarchiser à court, moyen et long termes les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan masso-kinésithérapie, des besoins et des demandes du patient</li> <li>2. Prévoir les mesures appropriées dans le champ de la masso-kinésithérapie en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants</li> <li>3. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage</li> <li>4. Identifier et mesurer les obstacles à la mise en œuvre du projet thérapeutique et définir les solutions envisageables</li> <li>5. Définir le calendrier et les modalités de mise en œuvre du projet thérapeutique</li> <li>6. Déterminer les matériels, équipements et locaux nécessaires à l'intervention en masso-kinésithérapie</li> <li>7. Sélectionner les méthodes thérapeutiques, systèmes de facilitation, compensation, aides techniques et humaines, systèmes alternatifs, adaptés aux besoins et aux demandes du patient et/ou de son entourage</li> <li>8. Identifier, proposer et définir des adaptations et aménagements dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant d'améliorer la sécurité, la qualité de vie, l'autonomie du patient et de son entourage</li> <li>9. Identifier les interventions à conduire auprès du patient et /ou de son entourage dans le cadre du projet thérapeutique en tenant compte du projet individuel du patient, de ses capacités de compréhension, d'investissement et d'appropriation</li> <li>10. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique</li> <li>11. Définir les critères, les échéances, les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis</li> <li>12. Formaliser par écrit le projet thérapeutique en masso-kinésithérapie en argumentant ses choix et ses pratiques</li> <li>13. Évaluer l'état du patient, de son environnement et leurs évolutions tout au long du projet thérapeutique</li> <li>14. Analyser les écarts avec les résultats attendus et réajuster le projet thérapeutique en conséquence</li> <li>15. Créer et utiliser des outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant au soin des personnes</li> </ol>
<p><b>Domaine de compétences 3</b> Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle, et proposer des démarches de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage</li> <li>2. Placer le patient en qualité de co-auteur, de co-décideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.</li> <li>3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage</li> </ol>



		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Conduire une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage à partir d'un diagnostic éducatif, en identifiant les besoins d'apprentissage du patient, des personnes et des groupes, et les actions à entreprendre</li> <li>5. Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques</li> <li>6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé</li> <li>7. Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention ou de dépistage et définir et mettre en œuvre les réajustements nécessaires</li> <li>8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polyopathologies ou pathologies complexes</li> <li>9. Dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes</li> <li>10. Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique</li> <li>11. Conduire des actions d'entraînement des patients et /ou de leur familles en vue de leur permettre de s'approprier les techniques d'intervention proposées par le masseur kinésithérapeute</li> <li>12. Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé</li> <li>13. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités</li> </ol>
	<p><b>Domaine de compétences 4</b> Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso kinésithérapie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser et adapter les conditions d'accueil et d'utilisation des locaux et des équipements nécessaires au bon déroulement de la séance</li> <li>2. Identifier les risques iatrogènes de l'intervention en masso-kinésithérapie</li> <li>3. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel, liés à l'activité masso-kinésithérapie et déterminer les mesures préventives</li> <li>4. Planifier les activités et les priorités, définir le contenu de la séance en fonction des avancées du projet thérapeutique</li> <li>5. Évaluer l'état psychologique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances</li> <li>6. Informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques</li> <li>7. Mettre en œuvre l'intervention masso-kinésithérapie par des gestes, des techniques, des méthodes, un accompagnement et des supports adaptés au patient et à sa pathologie</li> </ol>

	<p><b>Domaine de compétences 5</b> Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Adapter les protocoles et la durée de la séance en fonction de l'évolution de la situation clinique du patient et de ses réactions.</li> <li>9. Sélectionner et mettre en place des conduites et compensations dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant au patient de dépasser sa situation de handicap</li> <li>10. Prescrire les aides techniques adaptées à la pathologie traitée dans le respect de la réglementation et des recommandations</li> <li>11. Concevoir et conduire une séance de groupe seul ou en co-animation</li> <li>12. Analyser le déroulement de la séance, évaluer ses résultats obtenus et intégrer les adaptations nécessaires au projet thérapeutique</li> <li>13. Enregistrer les données relatives aux séances réalisées dans le respect de la déontologie et de la réglementation</li> <li>14. Assurer la traçabilité des soins en kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe</li> <li>2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée</li> <li>3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation</li> <li>4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique</li> <li>5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapie, et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage</li> <li>6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique</li> <li>7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.</li> <li>8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention</li> <li>9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat</li> <li>10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique</li> <li>11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient</li> </ol>
--	--	--

<p><b>Domaine de compétences 6</b> Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rédiger un bilan ou rendre un avis dans un cadre médico-administratif,</li> <li>2. Identifier et sélectionner les textes législatifs et réglementaires en vigueur afférents aux déficiences, incapacités, handicap</li> <li>3. Sélectionner et conseiller le matériel adapté aux déficiences, incapacités, handicap</li> <li>4. Construire des méthodes et outils d'enquête adaptés aux problèmes posés en santé publique dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans différents contextes</li> <li>5. Conseiller les partenaires dans le cadre d'actions entreprises dans le domaine de l'ergonomie physique, de la prévention des troubles musculo-squelettique, des pathologies cardio-vasculaires, des accidents sportifs, etc...</li> <li>6. Présenter, expliciter et argumenter auprès des professionnels partenaires concernés les recommandations en masso-kinésithérapie</li> <li>7. Évaluer les besoins d'une personne et ses capacités à pouvoir effectuer certaines tâches ou activités personnelles, professionnelles ou sociales, avec aide ou sans aide humaine ou technique, à partir d'une analyse de dossiers et de bilans masso-kinésithérapiques</li> <li>8. Informer le patient sur l'attribution des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit</li> </ol>
<p><b>Domaine de compétences 7</b> Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation</li> <li>2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle</li> <li>3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière</li> <li>4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles</li> <li>5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales</li> <li>6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité</li> <li>7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication</li> <li>8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice</li> <li>9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels</li> <li>10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif</li> <li>12. Analyser et évaluer sa formation</li> <li>13. Auto-évaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis</li> <li>14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle</li> </ol>
	<p><b>Domaine de compétences 8</b> Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques</li> <li>2. Conduire une recherche bibliographique</li> <li>3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite</li> <li>4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche</li> <li>5. Élaborer un protocole de recherche</li> <li>6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans le cadre de la recherche</li> <li>7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe</li> <li>8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche Communiquer en Français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée</li> </ol>
	<p><b>Domaine de compétences 9</b> Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Élaborer un projet de création et de fonctionnement d'une structure, d'un cabinet, en rapport avec des besoins de santé identifiés en veillant à la conformité avec la réglementation.</li> <li>2. Mettre en place une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et de fonctionnement correspondant à l'offre de soin</li> <li>3. Contribuer au fonctionnement optimisé d'un cabinet ou d'une structure de masso-kinésithérapie</li> <li>4. Fédérer autour d'un projet dans une approche collaborative, en tenant compte des règles de gestion des ressources humaines en vigueur</li> <li>5. Prévoir un budget prévisionnel, réaliser le suivi et la gestion d'un budget</li> <li>6. Établir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable d'un cabinet</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Veiller à la conformité des locaux, des installations, et des matériels utilisés par les masseurs kinésithérapeutes au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité</li> <li>8. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique utilisé par les professionnels</li> <li>9. Choisir le matériel adapté à la structure et aux activités de masso-kinésithérapie en rapport avec l'offre de soin et organiser les achats, la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks des matériels et des consommables utilisés par les masseurs kinésithérapeutes</li> <li>10. Organiser et contrôler la gestion des déchets dans le respect des règles et des procédures</li> <li>11. Organiser les plannings, les rendez-vous et la répartition des activités</li> <li>12. Organiser la gestion des archives dans le respect de la réglementation</li> <li>13. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité...)</li> </ol>
	<p><b>Domaine de compétences 10</b> Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser et planifier ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, ainsi que des interventions conduites en simultané par d'autres professionnels auprès de la personne ou du groupe, dans le respect de la déontologie et de la réglementation en vigueur</li> <li>2. Identifier les missions des différents acteurs intervenant pour la prise en charge de la personne ou du groupe, la nature des informations à leur transmettre ainsi que les ressources existantes sur le territoire de santé</li> <li>3. Établir des relations professionnelles de qualité basées sur le respect mutuel, en favorisant le dialogue, la concertation et les décisions consensuelles</li> <li>4. Instaurer et maintenir des liaisons et partenariats avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients (santé, médico-social, social, sportif, culturel, associatif...)</li> <li>5. Développer et mettre en œuvre des activités ou des projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux</li> <li>6. Coordonner ses actions et soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants notamment dans le champ social, économique, sportif, éducatif pour élaborer en commun ou conduire des projets d'intervention pluri-professionnels pertinents</li> <li>7. Sélectionner les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place avec efficacité</li> <li>8. Prendre en compte dans son activité les actions de prévention mises en place sur le territoire</li> <li>9. S'adapter à différents contextes professionnels et culturels, y compris dans une démarche ouverte à l'international</li> </ol>

	<p><b>Domaine de compétences 11</b> Former et informer les professionnels et les personnes en formation</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Organiser l'accueil, l'information et l'accompagnement d'un professionnel, d'un étudiant ou d'une personne en formation dans le service ou la structure</li><li>2. Contribuer à la formation des étudiants en masso-kinésithérapie dans le cadre d'actions de tutorat</li><li>3. Repérer et expliciter les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation ou aux professionnels</li><li>4. Préparer et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants, ou de futurs professionnels</li><li>5. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels</li><li>6. Superviser des situations et des activités d'apprentissage dans une démarche progressive d'autonomisation au bénéfice des stagiaires et étudiants</li><li>7. Contribuer à évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires et les étudiants au regard des objectifs pédagogiques de stage et d'enseignements</li><li>8. Communiquer sur sa profession</li></ol>
--	---	--

4.3	Précisions sur le programme :	
Enseignements/modules de formation		Semestre de rattachement
		<b>Crédits ECTS</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 1 Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique</b>		
UE 3. Sciences biomédicales		S1 ; S2 ; S3 ; S4
UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)		S1 ; S2 ; S3 ; S4
UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1		S3 ; S4
UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2		S5 ; S6
UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire		S5 ; S6
UE 17. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardiovasculaire, interne et tégumentaire		S5 ; S6
UE 18 Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques		S5 ; S6
<b>Total de crédits ECTS DC1</b>		<b>62</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 2 Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation</b>		
UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie		S1 ; S2 ; S3 ; S4
UE 22 Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation		S6 ; S7
UE 12 UE optionnelle		S1 ; S2
<b>Total de crédits ECTS DC2</b>		<b>14</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 3 Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage</b>		
UE 1. Santé publique		S1 ; S2
UE 24 Interventions du kinésithérapeute en santé publique		S5 ; S6 ; S7
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>6</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 4 Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie</b>		
UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité 1		S1 ; S2 ; S3 ; S4
UE 19. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique		S5 ; S6 ; S7
UE 20.Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire		S5 ; S6 ; S7
UE 21.Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire		S5 ; S6 ; S7
UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie		S6 ; S7
UE 31 UE optionnelle		S5 ; S6
<b>Total de crédits ECTS DC4</b>		<b>44</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 5 Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie</b>		
UE 2.Sciences humaines et sciences sociales		S1 ; S2
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>2</b>

<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 6 Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie</b>		
UE 19. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique		3
UE 20.Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire		2
UE 21.Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire		2
UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie		4
UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique		2
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>13</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 7 Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle</b>		
UE 10. Démarche et pratique clinique : Elaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive		2
UE 25 Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention		2
UE 29 Analyse et amélioration de la pratique professionnelle		2
UE 13 UE optionnelle	S3 ; S4	2
UE 32 UE optionnelle	S7 ; S8	4
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>12</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 8 Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques</b>		
UE 8.Méthodes de travail et méthodes de recherche	S1 ; S2 ; S3 ; S4	4
UE 9. Langue anglaise professionnelle	S1 ; S2 ; S3 ; S4	4
UE 26. Langue anglaise professionnelle	S5 ; S6 ; S7 ; S8	4
UE 27 Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie	S5 ; S6 ; S7 ; S8	6
UE 28 Mémoire	S7 ; S8	8
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>26</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 9 Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources</b>		
UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure	S7	3
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>3</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 10 Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe</b>		
UE 1. Santé publique		2
UE 2.Sciences humaines et sciences sociales		2
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>4</b>
<b>DOMAINE DE COMPÉTENCES 11 Former et informer les professionnels et les personnes en formation</b>		
UE 2.Sciences humaines et sciences sociales		2
UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure		3
<b>Total de crédits ECTS DC3</b>		<b>5</b>



<b>INTÉGRATION DES SAVOIRS ET DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL</b>		
UE 10 Démarche et pratique clinique : Elaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive	S3 ; S4	3
UE 25 Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention	S6	2
UE 29 Analyse et amélioration de la pratique professionnelle	S8	2
<b>Total de crédits ECTS DC</b>		<b>7</b>
<b>FORMATION CLINIQUE/STAGES - Compétences 1 à 11 en situation</b>		<b>ECTS</b>
UE 11. FORMATION A LA PRATIQUE MASSO KINESITHERAPIQUE, 18 semaines (4 stages), semestres 1, 2, 3 et 4, lieux à préciser :		18
UE 30. FORMATION A LA PRATIQUE MASSO KINESITHERAPIQUE, 24 semaines (3 stages), semestres 5, 6 et 7, lieux à préciser :		24
TOTAL de crédits ECTS formation clinique		<b>42</b>
<b>TOTAL</b>		<b>240</b>
4.3.1	Enseignements complémentaires (éventuellement)	

4.4 Système de notation et, si possible informations concernant la répartition des notes NON APPLICABLE

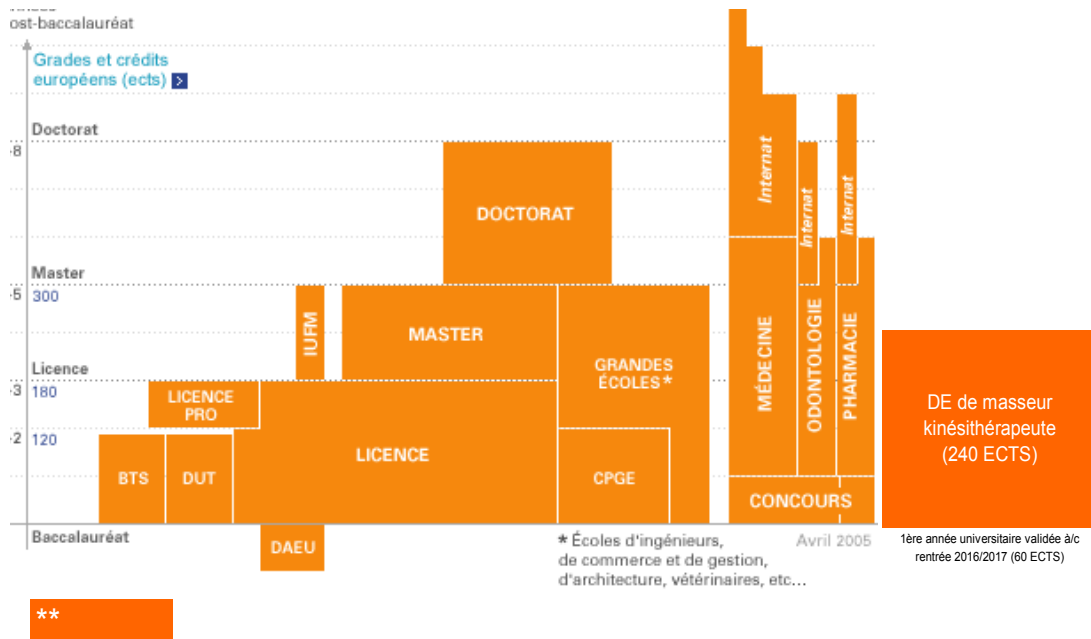
4.5 CLASSIFICATION GÉNÉRALE DU DIPLÔME : Non applicable (mentions...)

<b>5. INFORMATIONS SUR LA FONCTION DU DIPLÔME</b>		
5.1	Accès à un niveau d'études supérieur :	Admission sur dossier en troisième cycle universitaire
5.2	Statut professionnel (si applicable) :	RNCP : Niveau 1 (nomenclature 1969) Niveau 7 (nomenclature Europe)

<b>6. INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES</b>		
6.1	Informations complémentaires sur le parcours de l'étudiant :	Lieux de stage Séjours à l'étranger Régime des études  Implication en tant que représentant de promotion, engagement dans une association ou un projet étudiant
6.2	Autres sources d'information :	Site de l'établissement : Site du ministère : <a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a>

<b>7. CERTIFICATION DU SUPPLÉMENT</b>		
7.1	Date :	
7.2	Signature :	
7.3	Qualité du signataire :	
7.4	Tampon ou cachet officiel :	

### 8. INFORMATION SUR LE SYSTÈME NATIONAL D'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 22 mars 2017 portant renouvellement du mandat de directeur général du centre Georges-François-Leclerc, centre de lutte contre le cancer, de Dijon**

NOR : AFSH1730168A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6162-10 ;

Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;

Vu l'arrêté du 16 juin 2005 modifié fixant la liste des centres de lutte contre le cancer ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2012 portant renouvellement du mandat de directeur général du centre Georges-François-Leclerc, centre de lutte contre le cancer, à Dijon, à compter du 1<sup>er</sup> avril 2012 ;

Vu l'avis du conseil d'administration du centre Georges-François-Leclerc du 24 janvier 2017 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer du 20 février 2017 ;

Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le mandat de directeur général du centre Georges-François-Leclerc, centre de lutte contre le cancer, à Dijon, du professeur Pierre FUMOLEAU, professeur des universités-praticien hospitalier au centre hospitalier et universitaire de Dijon, est renouvelé pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

#### Article 2

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

Fait le 22 mars 2017.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé :

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

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

La présente décision peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant le ministre chargé de la santé (direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou dans le délai de deux mois suivant la décision de rejet du recours gracieux.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 22 mars 2017 portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer, à Marseille**

NOR : AFSH1730169A

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6162-10 ;  
Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;  
Vu l'arrêté du 16 juin 2005 modifié fixant la liste des centres de lutte contre le cancer ;  
Vu l'arrêté du 16 mars 2012 portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer, à Marseille, à compter du 16 avril 2012 ;  
Vu l'avis du conseil d'administration de l'institut Paoli-Calmettes du 10 février 2017 ;  
Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer du 20 février 2017 ;  
Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le mandat de directeur général de l'institut Paoli-Calmettes, centre de lutte contre le cancer, à Marseille, du professeur Patrice VIENS, professeur des universités-praticien hospitalier au centre hospitalier et universitaire de Marseille, est renouvelé pour une durée de cinq ans à compter du 16 avril 2017.

#### Article 2

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

Fait le 22 mars 2017.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

La présente décision peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant le ministre chargé de la santé (direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou dans le délai de deux mois suivant la décision de rejet du recours gracieux.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 22 mars 2017 portant renouvellement du mandat de directeur général de l'institut de cancérologie de Lorraine, centre de lutte contre le cancer, à Nancy**

NOR : AFSH1730170A

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6162-10 ;  
Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;  
Vu l'arrêté du 16 juin 2005 modifié fixant la liste des centres de lutte contre le cancer ;  
Vu l'arrêté du 16 mars 2012 portant nomination du professeur Thierry CONROY en qualité de directeur général du centre de lutte contre le cancer Alexis-Vautrin, à Nancy, pour une durée de cinq ans à compter du 3 avril 2012 ;  
Vu l'avis du conseil d'administration de l'institut de cancérologie de Lorraine du 12 décembre 2016 ;  
Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer du 20 février 2017 ;  
Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le mandat de directeur général de l'institut de cancérologie de Lorraine, centre de lutte contre le cancer, à Nancy, du professeur Thierry CONROY, professeur des universités-praticien hospitalier au centre hospitalier et universitaire de Nancy, est renouvelé pour une durée de cinq ans à compter du 3 avril 2017.

#### Article 2

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

Fait le 22 mars 2017.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

La présente décision peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant le ministre chargé de la santé (direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou dans le délai de deux mois suivant la décision de rejet du recours gracieux.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 22 mars 2017 portant nomination du directeur général du centre Henri-Becquerel, centre de lutte contre le cancer, à Rouen**

NOR : AFSH1730171A

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6162-10 ;  
Vu le décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires ;  
Vu l'arrêté du 16 juin 2005 modifié fixant la liste des centres de lutte contre le cancer ;  
Vu l'avis du conseil d'administration du centre Henri-Becquerel du 10 février 2017 ;  
Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer du 20 février 2017 ;  
Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Pierre VERA, professeur des universités-praticien hospitalier au centre hospitalier et universitaire de Rouen, est nommé en qualité de directeur général du centre Henri-Becquerel, centre de lutte contre le cancer, à Rouen, pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

#### Article 2

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

Fait le 22 mars 2017.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

Le présent arrêté peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant la ministre (direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification. Un recours contentieux sera possible en cas de décision de rejet explicite ou implicite de l'administration ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou dans le délai de deux mois suivant les décisions de rejet du recours gracieux.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 3 avril 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 janvier 2017**

NOR : AFSH1730139A

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 janvier 2017, le 28 février 2017 par le service de santé des armées,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de janvier 2017, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 26 645 080,16 € :

1. 24 796 344,15 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
  - 21 335 658,62 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments ;
  - 1 267,64 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
  - 244 469,55 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
  - 44 978,25 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
  - 3 169 970,09 € au titre des actes et consultations externes (ACE).
2. 1 244 996,77 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale,
3. 603 739,24 € 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 64 033,82 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME).

Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 0,00 € 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 2 378,47 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus.

Article 5

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

Article 6

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

Fait le 3 avril 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. WANECQ



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction régulation de l'offre

Bureau des plateaux techniques  
et des prises en charge hospitalières

Institut national du cancer

Pôle santé publique et soins

Département organisation  
et parcours de soins

#### **Instruction n° DGOS/R3/INCa/2017/62 du 23 février 2017 relative à l'amélioration de l'accès aux soins de support des patients atteints de cancer**

NOR : AFSH1705962J

Validée par le CNP, le 17 février 2017. – Visa CNP 2017-07.

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

*Résumé* : l'instruction vise à présenter, dans un contexte d'évolutions importantes des techniques et modes de prise en charge en cancérologie, les évolutions nécessaires de l'offre en soins de support pour cette pathologie. Elle s'appuie sur les orientations fixées par le 3<sup>e</sup> plan cancer (actions 7.6 et 7.7), l'expertise de l'INCa rendue publique en octobre 2016 sur le panier en soins de support et vise à donner aux ARS les précisions nécessaires à leur traduction régionale.

*Mots clés* : cancérologie – organisation et parcours de soins – plan cancer – soins de support.

*Références* :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6122-1, L. 6122-13, R. 6122-25, R. 6123-86 à R. 6123-95, D. 6124-131 à D. 6124-134, D. 6124-91 à D. 6124-103 et D. 6124-301 à D. 6124-305 ;

Critères d'agrément de l'INCa pour les pratiques des traitements du cancer par chimiothérapie, par radiothérapie, par chirurgie ; des traitements du cancer pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans ;

Actions 7.6 et 7.7 du plan cancer 2014-2019.

*Annexe* : rapport d'expertise de l'INCa : « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support », octobre 2016.

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

L'instruction vise à présenter, dans un contexte d'évolutions importantes des techniques et modes de prise en charge en cancérologie, les évolutions nécessaires de l'offre en soins de support pour cette pathologie. Elle s'appuie sur les orientations fixées par le troisième plan cancer et vise à donner aux agences régionales de santé les précisions nécessaires à leur traduction régionale.

#### **1. Les constats et travaux au plan national**

##### *Les constats*

Les soins de support font désormais partie intégrante du parcours de soins en cancérologie et l'accélération des innovations thérapeutiques, qui allongent la durée de survie des patients et

développent les situations de parcours « chroniques », accentuera encore l'importance de ces soins dans les années à venir.

Depuis une dizaine d'années et sous l'impulsion des plans cancer successifs, d'importants efforts ont été conduits afin de développer ces soins et répondre à la diversité des besoins. Très récemment, l'instruction DGOS/INCa<sup>1</sup> relative à la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer met ainsi tout particulièrement l'accent sur la réponse à apporter aux besoins en soins de support de cette population.

Plusieurs études et rapports institutionnels notent néanmoins des difficultés persistantes d'organisation et d'accessibilité de ces soins. L'étude conduite en 2013 sur « la vie deux ans après le diagnostic de cancer »<sup>2</sup> fait ainsi état de difficultés et de retards d'accès aux soins liés aux disparités de répartition de l'offre ainsi que, sur un plan financier, au non remboursement de certaines prestations de l'offre de ville (psychologue, diététicien). Sur un plan plus qualitatif, sont constatées des disparités dans la qualité de ces soins et leur adaptation aux particularités de la pathologie cancéreuse. Enfin, l'offre en place n'a pas suffisamment évolué pour intégrer de nouvelles démarches telles que la prévention tertiaire, l'activité physique adaptée ou la préservation de la fertilité, à la lumière des données désormais recueillies sur leur apport en termes de qualité de vie ou de survie.

### Les travaux nationaux

Pour répondre à ces questionnements, la direction générale de l'offre de soins a engagé en 2014 une réflexion concertée avec les acteurs et partenaires de la cancérologie sur les évolutions nécessaires de l'offre en soins de support. Elle a permis d'établir un état des organisations en place et d'identifier des axes partagés de progrès.

Elle s'est par ailleurs traduite, à la demande de la DGOS, par l'élaboration d'un rapport d'expertise de l'INCa sur les soins oncologiques de support (annexe<sup>3</sup>). Ce document précise à l'attention des professionnels les composantes du « panier de soins de support » devant être mobilisé et identifie les principes devant guider les parcours en cancérologie.

Selon le rapport de l'INCa, en complément des quatre prestations prévues par le décret du 21 mars 2007<sup>4</sup> qui gardent toute leur importance (douleur, soutien psychologique, accès aux services sociaux et démarche palliative), cinq autres soins doivent être pris en compte (l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité) ainsi que deux techniques particulières d'analgésie (l'hypnoalgésie, l'analgésie intrathécale).

Cette expertise met par ailleurs en évidence plusieurs « points critiques » des parcours en soins de support devant mobiliser l'attention des acteurs : l'importance de l'évaluation des besoins, dès le diagnostic mais également tout au long du parcours ; la nécessité d'information des patients sur les possibilités d'accompagnement et de soins ; l'enjeu de leur orientation adaptée ; l'importance, enfin, de la continuité des prises en charge lors des allers et retours entre l'hôpital et le domicile, nécessitant une bonne coordination des professionnels.

## 2. Les orientations stratégiques nationales et leur déclinaison régionale

### Les grands objectifs nationaux

Pour répondre aux exigences de qualité des parcours en soins de support soulignées dans le rapport d'expertise de l'INCa, l'offre en place doit évoluer en prenant tout particulièrement en compte quatre objectifs majeurs.

#### 2.1. Organiser la lisibilité de l'offre

Pour garantir l'orientation adéquate des patients et leur accès effectif aux soins, l'offre en soins de support doit être rendue lisible au plan régional, être portée à la connaissance des professionnels hospitaliers et libéraux ainsi que des patients et s'implémenter autant que de besoin dans leurs programmes de soins.

<sup>1</sup> Instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

<sup>2</sup> Rapport « La vie deux ans après le diagnostic de cancer », INCa et INSERM, 2012.

<sup>3</sup> « Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support – Proposition d'un « Panier référentiel » du contenu de l'offre et de l'organisation des soins de support à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches », INCa, octobre 2016.

<sup>4</sup> Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer.

Vous veillerez à la bonne réalisation, au sein de votre région, de ce travail de recensement des soins de support qui pourra être intégré dans la démarche des « répertoires opérationnels de ressources » (ROR) ou donner lieu à des annuaires de ressources *ad hoc*.

Vous vous assurerez de la diffusion des informations correspondantes auprès des professionnels, hospitaliers et libéraux, ainsi que des patients. Dans la démarche initiale de mise à plat des ressources puis d'actualisation régulière de ces informations, vous pourrez mobiliser autant que de besoin les réseaux régionaux de cancérologie dont l'une des missions est de contribuer à la lisibilité de l'offre en cancérologie. D'autres partenaires pourront être mobilisés, en particulier pour identifier et relayer l'information sur des segments particuliers de l'offre. Ainsi, les réseaux Sport santé pourront-ils favoriser la connaissance des offres d'activité physique adaptée.

## 2.2. Adapter le maillage territorial

Dans un contexte de moyens contraints et en vue d'intégrer la réponse à de nouveaux besoins<sup>5</sup>, l'offre en soins de support devra dans les années à venir gagner en efficacité et être pensée à l'échelon des territoires de santé et non plus des seuls établissements de santé.

Ce travail de réorganisation territoriale est essentiel à conduire en région, en concertation avec l'ensemble des acteurs et partenaires. Il faudra veiller en particulier à limiter les redondances de l'offre au profit de la réponse à de nouveaux besoins ; à clarifier les filières de soins pour l'accès à des soins complexes ou proposés en dehors du champ des établissements exerçant en cancérologie (prises en charge psychiques proposées par les établissements spécialisés en santé mentale par exemple) ; enfin, à mutualiser autant que possible les moyens en s'appuyant en particulier sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour les structures publiques.

Dans cette perspective, les ARS pourront inciter les établissements parties prenantes d'un groupement hospitalier de territoire (GHT), et disposant d'une filière de cancérologie, à intégrer l'organisation des soins de support dans un axe du projet médical du GHT.

Cet effort de mutualisation devra plus particulièrement porter sur les segments de soins délivrés en post aigu, à une phase de leur parcours où les patients sont essentiellement à leur domicile et où, la proposition d'une prise en charge de la douleur ou psychologique par exemple, dans des structures en proximité de leur lieu de vie, a un sens.

## 2.3. Organiser la gradation des soins

La réponse aux situations complexes en soins de support doit être améliorée. Cette complexité peut découler de la combinaison de problématiques médicales, sociales et médico-sociales et pourra dans ce cas requérir la mobilisation des dispositifs de coordination généraux (plateformes territoriales d'appui aux situations complexes - PTA) ou spécifiques au cancer (infirmiers de coordination en cancérologie).

Elle peut également révéler la nécessité de mieux graduer l'offre pour certains segments de prises en charge et de structurer l'accès aux structures de recours dans une logique de « filière de soins coordonnée » avec les établissements de santé et partenaires de ville concernés.

La réponse à ces situations complexes peut conduire à plusieurs démarches au niveau régional. Il s'agit tout d'abord de faire connaître et d'organiser l'accès aux « centres d'expertise », qu'ils soient d'ores et déjà identifiés (tels que les centres de traitement de la douleur chronique ; les équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques ; les centres de psychiatrie pour la réponse aux troubles psychiques graves ; les structures de soins de suite et de réadaptation pour les techniques de rééducation) ; ou que leur identification reste à conduire au niveau régional pour des soins particuliers (telle que, par exemple, l'analgésie intrathécale mentionnée par le rapport d'expertise de l'INCa). Il s'agit ensuite d'organiser, le cas échéant, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires pour les établissements publics, les liens entre les acteurs des soins permettant la bonne organisation des parcours concernés.

## 2.4. Solliciter et accompagner la montée en charge des acteurs de ville pour une prise en charge plus en proximité du domicile

La réflexion régionale devra également prendre en compte l'enjeu de montée en charge des acteurs du premier recours dans la réalisation des soins de support, dans une logique de réponse en proximité aux besoins des patients. Vous veillerez à susciter autant que possible l'intervention de

<sup>5</sup> Au-delà du « socle de base », cinq soins complémentaires ont été identifiés par le rapport d'expertise INCa : l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et des aidants, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité.

ces acteurs et pourrez vous appuyer pour cela sur les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mises en place en application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Pour faciliter cette évolution, vous veillerez à positionner de façon privilégiée l'offre des établissements de santé dans les domaines où l'offre de premier recours est insuffisante par rapport aux besoins ou pose des difficultés d'accessibilité financière, ainsi qu'en appui aux acteurs de ville. Il est important également que les établissements de santé autorisés en cancérologie soient confortés pour assurer, en propre ou par coopération, l'évaluation des besoins de tout nouveau patient compte tenu de leur possibilité d'intervention précoce dans le parcours de soins.

Enfin, vous soutiendrez les partenariats qui pourront être établis par les acteurs hospitaliers et des acteurs du premier recours, notamment les structures d'exercice pluridisciplinaire, dans le but d'assurer aux patients des soins de support en proximité de leur lieu de vie.

### La méthodologie de travail proposée au niveau régional

#### *La conduite d'un diagnostic régional*

Pour conduire ces évolutions, le premier enjeu pour les régions consiste à dresser un diagnostic régional partagé entre les acteurs et partenaires en cancérologie. Il doit permettre d'identifier les forces et faiblesses de l'offre, l'écart à la cible (définie en point 2.2) ainsi que les leviers à mobiliser. La réalisation de ce diagnostic pourra, si vous le jugez pertinent pour votre région, mobiliser les compétences des RRC.

Il sera particulièrement utile d'intégrer cette réflexion à l'élaboration en cours dans vos régions des projets régionaux de santé (PRS) de 2<sup>e</sup> génération.

Au-delà de l'offre organisée par les établissements de santé autorisés au traitement du cancer, ce diagnostic devra inclure les structures de soins qui, n'étant pas spécialisées en cancérologie, contribuent cependant, pour certains segments de prise en charge, aux soins oncologiques de support<sup>6</sup>, ainsi que l'offre de ville, compte tenu de l'enjeu de sa (re)mobilisation en faveur de la prise en charge des patients atteints de cancer.

#### *La traduction des évolutions régionales*

Pour traduire les évolutions nécessaires sur les plans financier et juridique, plusieurs outils sont à votre disposition.

À l'issue du diagnostic régional, et à l'appui des réorganisations souhaitées de l'offre, il vous sera possible de faire évoluer, au moins ponctuellement, la répartition des financements des soins de support<sup>7</sup> entre les structures et acteurs qui contribuent à l'offre. Le vecteur FIR (Fonds d'Intervention Régional) de ces financements vous donne la possibilité d'opérer des réallocations entre établissements de santé au regard des évolutions souhaitées de l'offre, ainsi qu'entre secteur hospitalier et secteur de ville si cela vous paraît opportun.

Vous êtes également invités à mobiliser les outils contractuels à votre disposition pour faire évoluer les missions des parties prenantes : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les établissements de santé ; contrats territoriaux de santé avec des communautés professionnelles territoriales de santé qui développeraient des objectifs dans le champ des soins de support.

Pour soutenir plus spécifiquement la qualité des prestations délivrées par les acteurs du premier recours, vous pourrez utilement mobiliser les dispositifs de coordination existants :

- les plateformes territoriales d'appui, au fil de leur montée en charge, pour aider à la coordination des parcours complexes en soins de support ;
- les réseaux régionaux de cancérologie pour développer à l'attention des professionnels libéraux des actions de formation et d'information indispensables pour garantir la qualité des prestations et leur adaptation aux besoins spécifiques de la cancérologie.

---

<sup>6</sup> On peut citer notamment : les structures de traitement de la douleur chronique, les unités et équipes de soins palliatifs, les services et établissements intervenant dans la rééducation des patients atteints de cancer, les services de psychiatrie susceptibles de répondre aux situations complexes, etc.

<sup>7</sup> Les soins de support en cancérologie sont financés dans le cadre de la dotation FIR « Mesures de qualité transversale en cancérologie » qui finance par ailleurs le dispositif d'annonce et les réunions de concertation pluridisciplinaires.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion la plus large possible de cette instruction auprès des établissements de santé et professionnels concernés ainsi que de bien vouloir faire remonter toute difficulté éventuelle dans son application aux services de la DGOS (bureau R3 – [frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr](mailto:frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr)).

Pour la ministre et par délégation :

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

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

*Le président du conseil d'administration  
de l'Institut national du cancer,*  
N. IFRAH



**Annexe :**  
**Rapport d'expertise de l'INCa**

OCTOBRE 2016

APPUJ À LA DÉCISION

**AXES OPPORTUNS  
D'ÉVOLUTION  
DU PANIER  
DE SOINS  
ONCOLOGIQUES  
DE SUPPORT**  
*/réponse saisine*

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)





## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### AXES OPPORTUNS D'ÉVOLUTION DU PANIER DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT /RÉPONSE SAISINE

L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

Rapport d'expertise en réponse à la Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015



Le Plan cancer 2014-2019 a pour ambitions de donner à chacun, partout en France, les mêmes chances de guérir et de mettre plus rapidement encore les innovations au service des malades.

Il comprend 17 objectifs regroupés autour de quatre grandes priorités de santé :

- Guérir plus de personnes malades
- Préserver la continuité et la qualité de vie
- Investir dans la prévention et la recherche
- Optimiser le pilotage et les organisations

Le Plan cancer s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche,

le transfert et l'innovation « France-Europe 2020 ».

Ce guide répond à **l'action 7.6** : Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.

**l'action 7.7** : Améliorer l'accès à des soins de support de qualité

Pour en savoir plus et télécharger le Plan cancer : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

Ce document doit être cité comme suit : © Axes opportuns d'évolution du panier de soins oncologiques de support, réponse saisine, INCa, octobre 2016

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.

Ce document est téléchargeable sur [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### COORDINATION DU RAPPORT

**Graziella Pourcel**, responsable de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Claudia Ferrari**, responsable de département, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Jérôme Viguié**, directeur de pôle, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

### CONTRIBUTION AU RAPPORT

**Chrystèle Couëdel**, chargée de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Nathalie Derozier**, responsable de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

**Jeanne-Marie Bréchet**, responsable de projets, département Organisation et parcours de soins, pôle Santé publique et soins, Institut national du cancer

### COMPOSITION DU GROUPE D'EXPERTS

**Ivan Krakowski**, président de l'Association française pour les soins oncologiques de support (AFSOS), oncologue médical, médecin de la douleur, coordonnateur du DISSPO-CARE au CLCC de Bordeaux

**Mario Di Palma**, oncologue médical et chef du département ambulatoire au CLCC de Villejuif

**Étienne Dorval**, professeur émérite à la faculté de médecine de Tours, hépato-gastro-entérologue, cancérologue digestif au CHRU de Tours

**Alain Fignon**, chirurgien gynécologue et sénologue, Clinique de l'Alliance, Saint Cyr sur Loire

**Gérard Ganem**, oncologue radiothérapeute, Centre Jean Bernard, Le Mans

**Nadine Meyer**, médecin généraliste à Saint-Genis-les-Ollières, médecin coordonnateur du réseau territorial de cancérologie Source de Lyon

**Gilles Nallet**, cadre supérieur de santé, coordonnateur des soins à l'Institut régional fédératif du cancer de Franche-Comté, coordonnateur du réseau régional de cancérologie Oncolie de Franche-Comté

**Agnès Lecas**, déléguée aux actions pour les malades à la Ligue nationale contre le cancer

**Brigitte Lavole**, présidente du Comité départemental de la Marne de la Ligue nationale contre le cancer

**Philippe Bouchand**, médecin généraliste, Maison de santé pluridisciplinaire de Bignoux, coordonnateur de projet en structure de ville dans le cadre de l'expérimentation nationale sur l'intervention des infirmiers coordonnateurs en cancérologie

**Françoise Ellien**, psychologue clinicienne, directrice du réseau SPES, Le Coudray Monceau, secrétaire générale de la Société française de psycho-oncologie

**Christian Mercier**, représentant des usagers



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### PERSONNALITÉS OU ORGANISMES AUDITIONNÉS ET AYANT TRANSMIS UNE CONTRIBUTION ÉCRITE

**AFSOS** : Note de position transmise par Ivan Krakowski, Président de l'AFSOS (Association française pour les soins oncologiques de support)

**Représentants Unicancer** : Hélène Esperou, directrice du projet medico-scientifique et de la qualité ; Claude Boiron, responsable du Pôle Après-cancer à l'institut Curie, Paris

**Représentants FHF** : Maxime Cauterman, conseiller médical de la FHF ; Nathalie Marzack directrice de la stratégie au CHU de Rouen ; Philippe Colombat, oncologue médical au CHU de Tours

**Représentants FEHAP** : Solène Gouesbet, Conseillère Santé-Social-Pôle Sanitaire ; Jean-Baptiste Méric, oncologue et Directeur médical du CH de Bligny

**Représentants AFC-UNHPC** : Anne Mallet, Secrétaire Nationale

**Représentants FNEHAD** : Eric Ginesy, Délégué National ; Christine Pailler, Oncologue/Président CME de Santé Service (HAD)- PUTEAUX ; Elisabeth Balladur, Médecin coordonnateur, HAD de l'AP-HP

**Représentants ACORESCA** : Sylvie Pelletier, Cadre coordinatrice du réseau territorial Onco28, vice-présidente de l'ACORESCA ; Isabelle Klein, Médecin coordonnateur RRC ONCOLOR ; Moshé Itzhaki, Directeur du réseau Essononco ; Michel Routhier, cadre coordonnateur du réseau de cancérologie Oncoléman

**Représentants UNR Santé** : François Boué, Professeur de médecine interne et immunologie clinique, Président du réseau osmose ; Gaëlle-Anne Estocq, Médecin coordonnateur - cancérologie au réseau Osmose

Des représentants de la médecine de premier recours, Nadine Meyer et Philippe Bouchand (médecins généralistes respectivement en cabinet médical libéral « classique » et en Maison de santé pluridisciplinaire) ont participé au groupe d'experts.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### SOMMAIRE

<b>POINTS ESSENTIELS .....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>7</b>
1.1 Contexte de la Saisine de la Direction générale de l'offre de soins .....	7
1.2 Actions du Plan cancer 2014-2019 afférentes aux soins de support.....	9
<b>2. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>10</b>
2.1 Analyse de la littérature.....	10
2.2 Auditions d'acteurs hospitaliers et extrahospitaliers institutionnels et de terrain et contributions écrites .....	11
2.3 Consultation des experts.....	11
<b>3. CONTENU ACTUALISÉ DU PANIER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT .....</b>	<b>12</b>
3.1 Données de la littérature .....	12
3.2 Avis des experts sur le contenu du panier en soins de support et ses modalités de mise en œuvre.....	12
<b>4. RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER.....</b>	<b>16</b>
4.1 Activité physique, conseils d'hygiène de vie .....	16
4.2 Soutien psychologique des proches et des aidants.....	16
4.3 Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité .....	17
4.4 Prise en charge des troubles de la sexualité .....	17
4.5 Techniques particulières d'analgésie .....	18
<b>5. CONDITIONS OPTIMALES DE RÉALISATION DES SOINS DE SUPPORT .....</b>	<b>19</b>
5.1 Pratiques professionnelles favorisant l'accès à des soins de support de qualité.....	19
5.2 Structuration et gradation de l'offre en soins de support.....	20
<b>6. CONCLUSIONS SUR LES AXES OPPORTUNS D'ÉVOLUTION DU PANIER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT .....</b>	<b>25</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>26</b>
Annexe 1. Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 sur les axes d'évolution du panier en soins de support.....	27
Annexe 2. Principaux résultats de la littérature sur l'efficacité des soins de support chez les patients atteints de cancer.....	29
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>36</b>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### POINTS ESSENTIELS

- En réponse à la saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015, l'INCa s'est appuyé sur une analyse bibliographique, la consultation d'un groupe d'experts et les contributions d'acteurs institutionnels et de terrain impliqués dans les soins oncologiques de support (SOS) ainsi que celle de l'AFSOS pour proposer un « **panier-référentiel** » du contenu de l'offre et de l'organisation des soins de support à garantir aux patients atteints de cancer et à leurs proches.
- Le « panier-référentiel » est constitué d'un socle de base de 4 soins de supports, complété par 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie, l'ensemble formant le nouveau socle de base « élargi » ou panier « actualisé ».
- **Le socle de base, constitué de 4 soins de support :**
  - la prise en charge de la douleur
  - la prise en charge diététique et nutritionnelle
  - la prise en charge psychologique
  - la prise en charge sociale, familiale et professionnelle
- **Les 5 soins de support complémentaires et 2 techniques particulières d'analgésie :**
  - l'activité physique
  - les conseils d'hygiène de vie
  - le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
  - le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
  - la prise en charge des troubles de la sexualité
  - l'hypnoanalgésie
  - l'analgésie intrathécale
- **Des conditions de mise en œuvre et de priorisation sont proposées pour chaque SOS complémentaire.** Elles mettent l'accent sur :
  - une prise en charge précoce, tout au long du parcours et durant la phase d'après-cancer
  - le développement de la communication, l'information et la formation
  - les populations à risques et les situations particulières
- **Des ressources et compétences supplémentaires à mobiliser au sein des établissements autorisés et en ville ont également été identifiées** (psychologues, infirmiers, autres professionnels)
- **Les conditions optimales de réalisation des soins de support ont été évaluées.** Elles reposent sur :
  - des pratiques professionnelles favorisant l'accès à des soins de support de qualité
  - la structuration et gradation de l'offre en SOS

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1 Contexte de la Saisine de la Direction générale de l'offre de soins

Les soins oncologiques de support (SOS) font partie intégrante du parcours de soins en cancérologie et leur objectif principal est d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage. Les SOS ont été définis par la circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie<sup>1</sup> comme « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

La circulaire de février 2005 a défini le champ des SOS mais également ses modalités organisationnelles en précisant qu'il s'agit d'une démarche de coordination pluridisciplinaire centrée sur le patient. Tous les patients atteints de cancer doivent avoir accès à des SOS quel que soit leur lieu de prise en charge, y compris au domicile, tout au long du parcours de prise en charge, du diagnostic à l'après traitement, et à toutes les phases de la maladie (curative, palliative voire en fin de vie). Garantir l'accès aux SOS est aujourd'hui une des conditions de l'autorisation pour les établissements qui traitent les malades atteints de cancers<sup>2</sup>.

À l'heure actuelle, les financements des SOS sont inclus dans les missions d'intérêt général (MIG) cancer, qui regroupent les activités de dispositif d'annonce, réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et SOS, sans que l'on puisse identifier la part spécifiquement attribuée à ces derniers.

Concernant la prise en charge des patients en ville, il s'avère également difficile, voire impossible, d'identifier les consultations relevant des SOS. Les consultations associées à la prise en charge de la douleur pourraient être éventuellement identifiées de par la prescription de certains médicaments. Les consultations avec un psychiatre pourraient également être identifiées car elles sont remboursables par la sécurité sociale, ce qui n'est pas le cas des consultations en diététique. Concernant les soins non remboursés par la sécurité sociale, certains réseaux territoriaux peuvent financer, via les prestations dérogatoires, des consultations par des diététiciens ou des psychologues (dans une limite de 3 à 5 consultations), la Ligue contre le cancer et les conseils départementaux pouvant aussi prendre en charge certains SOS dans certaines situations.

Face à l'augmentation du nombre de personnes en vie après un cancer ou ayant eu un cancer, de nouveaux besoins en SOS et de nouvelles approches (prévention tertiaire) se sont développés au cours des dernières années et questionnent sur leur prise en compte dans l'offre en SOS. Il s'agit notamment de l'activité physique, de la préservation de la fertilité, de la prise en charge des troubles de la sexualité, de l'aide au sevrage tabagique, de la préservation de l'image corporelle ou socio-esthétique, ou encore de l'hypnose, de l'art-thérapie, de la musicothérapie, et d'autres thérapies alternatives complémentaires (TAC).

De plus, les évolutions récentes des prises en charge en cancérologie avec notamment l'essor des chimiothérapies orales et le déport des prises en charge de l'hôpital vers l'ambulatoire, risquent d'avoir un impact à la fois sur la structuration et l'organisation des SOS. Une vigilance particulière doit être apportée pour que ces changements n'entraînent pas ou n'accroissent pas des inégalités d'accès aux SOS existantes, constatées en France<sup>3</sup> comme à l'étranger<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille. Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. <http://www.sante.gouv.fr>

<sup>2</sup> Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel du 22 mars 2007

<sup>3</sup> « La vie deux ans après un diagnostic de cancer-De l'annonce à l'après cancer », collection Etudes et enquêtes, INCa, juin 2014

<sup>4</sup> Andre R. Maddison et al. Inequity in access to cancer care : a review of the Canadian literature. Cancer Causes Control, 2011, 22:359-366.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Dans la continuité des deux premiers Plans, le troisième Plan cancer<sup>5</sup> entend conforter le développement des SOS et accompagner leurs évolutions. Il met en particulier l'accent sur des objectifs d'accessibilité, de qualité des soins et d'organisation de l'offre au niveau territorial.

Face à cet objectif de développement des SOS et d'accompagnement de leurs évolutions, et dans un souci d'efficacité de notre système de santé, le Ministère en charge de la santé a souhaité mobiliser l'INCa via une saisine du Directeur général de l'offre de soins (**Annexe 1**) afin de définir les axes opportuns d'évolution du « panier<sup>6</sup> de soins de support » en répondant aux questions suivantes :

« Quels sont les soins de support susceptibles d'être proposés aux patients atteints de cancer ? À partir des données récentes de la littérature scientifique, l'analyse des gains de qualité de vie et de survie associés aux différents soins de support devra permettre d'actualiser et de hiérarchiser les soins à mobiliser au profit des patients atteints de cancer.

Parmi ces soins, lesquels sont incontournables et justifient d'une prise en charge sanitaire ? Cette analyse devra permettre de déterminer ce qui relève, dans cet ensemble, de prestations du champ de compétences et de financements sanitaires ; une analyse des pratiques en soins de support devra permettre d'identifier en quoi les professionnels de santé sont mobilisés par la réalisation de ces soins et de clarifier les contributions respectives attendues des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Quelles sont les conditions optimales de réalisation des soins de support en termes de complémentarité des compétences et du statut des acteurs ? Cette dernière approche devra notamment permettre d'évaluer si les acteurs de soins de support peuvent être indifféremment hospitaliers ou libéraux dès lors que les conditions de l'offre sont adaptées ou s'il apparaît des spécificités hospitalières de la réponse nécessaires pour certaines situations. »

<sup>5</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France. Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014. <http://www.plan-cancer.gouv.fr>

### **6 La notion de panier de soins : quelle application dans le champ des soins de support en oncologie ?**

Le panier de soins ou panier de biens et de services fait référence à l'ensemble des produits et des actes qui sont remboursés, en totalité ou en partie, par un organisme d'assurance maladie à ses affiliés. Le panier de soins est constitué d'une liste de biens et services/de soins dont l'utilité et l'efficacité sont indiscutables. Ces soins reconnus comme prioritaires relèvent d'une prise en charge solidaire. La détermination d'un panier (et ses modalités de financement) répond à l'objectif de garantir un accès équitable à des soins et services justifiés. Le panier de soins n'est pas qu'une liste de soins. Pour être pleinement utile cette liste doit s'insérer dans certains schémas de traitement et dans une organisation des interventions des soignants et du patient lui-même. Ainsi, la définition du panier de soins concerne autant la description des prises en charge utiles et prioritaire que leurs modalités de mise en œuvre. Les limites du panier sont la nécessité de le réactualiser en fonction des évolutions dans les catégories de soins de support et techniques ainsi qu'au vu des évolutions organisationnelles des prises en charge.

Dans le cadre des soins de support en oncologie, la définition d'un panier consistera à définir une liste de soins de support à garantir aux patients et aux proches en raison de leur caractère indiscutable, prioritaire, et relevant du champ sanitaire, mais également à préciser les compétences et l'organisation à mettre à disposition pour optimiser la qualité de cette offre de soins. Un suivi des évolutions en matière de soins de support et d'organisation de l'offre sera donc nécessaire afin d'actualiser le panier proposé dans ce document.

#### Références :

Haut Comité de la santé publique. Le panier de biens et services de santé. Du concept aux modalités de gestion. 2001. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Piveteau D. Le « panier de soins » : Une notion en trompe l'œil. Revue d'économie financière 2004 ; 76(3) : 175-186

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 1.2 Actions du Plan cancer 2014-2019 afférentes aux soins de support

Le Plan cancer 2014-2019 soutient le développement des SOS dans une vision intégrée et personnalisée du parcours de prise en charge. Deux actions du Plan (actions 7.6 et 7.7) visent plus particulièrement à favoriser une orientation adéquate et un accès à des SOS de qualité pour tous les malades.

Ces actions visent à :

#### **Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades (action 7.6)**

- Introduire dans les critères d'autorisation des exigences d'accès et de continuité des soins de support (mesure transversale de la qualité). Discuter systématiquement en RCP les besoins en matière de soins de support (et/ou en soins palliatifs) et notamment de prise en charge de la douleur et activer précocement les équipes compétentes ;
- Demander aux centres spécialisés en cancéropédiatrie de rendre compte de leur maîtrise des techniques de prise en charge de la douleur de l'enfant ;
- Recommander la mise en place dans les services de temps de réunions de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative ;
- Expérimenter au niveau régional une possibilité d'accéder à une réunion d'appui pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé en cancérologie et en soins palliatifs pour les situations complexes de poursuite ou d'arrêt de traitement ;
- Faciliter grâce aux programmes personnalisés de soins et de l'après-cancer le passage de relais et la transmission d'informations sur les besoins détectés et les prises en charge déjà effectuées, et rendre ces informations accessibles aux différents professionnels de ville impliqués (assistants sociaux, psychologues...);
- Organiser sous la responsabilité des ARS un maillage territorial adapté pour les prestations de soins de support (prise en charge de la douleur, diététique, soins palliatifs...), assurer la lisibilité de cette offre et mettre en place un accès coordonné hôpital/ville.

#### **Améliorer l'accès à des soins de support de qualité (action 7.7)**

- Produire des référentiels nationaux de bonnes pratiques sur les soins de support ;
- Faciliter l'accessibilité financière aux soins de support en ville comme à l'hôpital, dans le cadre des réflexions sur l'évolution des modes de prise en charge (CORETAH, nouveaux modes de rémunération, forfaitisation...), en particulier pour l'accès aux consultations de psychologues pour les enfants atteints de cancer et leur famille.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 2. MÉTHODOLOGIE

Pour répondre à la saisine, l'INCa s'est appuyé sur une analyse bibliographique, sur la consultation d'un groupe d'experts et sur les contributions d'acteurs institutionnels et de terrain impliqués dans les SOS ainsi que celle de l'AFSOS. Cette méthodologie a fait l'objet d'échanges avec la Direction Générale de l'Offre de Soins, en amont du démarrage des travaux, et a été présentée au Comité des expertises et des publications de l'INCa.

#### 2.1 Analyse de la littérature

##### 2.1.1 Stratégie de recherche

L'analyse a été réalisée pour chaque type de prise en charge à partir d'une recherche bibliographique issue de l'interrogation de la base de données Medline via le moteur de recherche PubMed, et au moyen d'une équation de recherche large. La recherche a été affinée manuellement par la sélection des résumés d'articles objectivant un apport des différentes catégories de soins de support selon les critères d'efficacité établis (cf. 2.1.3). Les articles ont ensuite été sélectionnés sans restriction sur le type de cancer en priorisant les essais cliniques randomisés, et les revues systématiques/méta-analyses, publiés depuis 2000 en anglais et en français.

##### 2.1.2 Le « socle de base » en soins oncologiques de support

Quatre catégories de soins de support apparaissent comme indispensables et devant faire partie intégrante d'une prise en charge de qualité en cancérologie. Il s'agit de :

- la prise en charge de la douleur
- la prise en charge diététique et nutritionnelle
- la prise en charge psychologique
- la prise en charge sociale, familiale et professionnelle

Au vu d'une littérature scientifique importante, et de l'avis d'experts, leur efficacité en termes d'amélioration de la qualité de vie peut être considérée comme indiscutable. Ils n'ont pas fait l'objet d'une nouvelle analyse de la littérature au cours de la présente expertise, en dehors des modalités particulières de prise en charge de la douleur qui seront détaillées plus loin.

##### 2.1.3 Critères d'inclusion

###### ❖ Liste des soins de support à analyser dans la littérature

###### Soins de support d'apparition plus récente et dont le niveau de preuve en termes d'efficacité est à établir

Afin de compléter le panier de soins de support essentiels, une liste de soins de support d'apparition plus récente a été sélectionnée pour l'analyse de la littérature en privilégiant les domaines ayant déjà fait l'objet d'un état des lieux des connaissances (rapports de synthèse, expertises) ou des domaines ayant un fort impact sur la qualité de vie. Il s'agit de :

- l'activité physique
- les conseils d'hygiène de vie
- le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer
- le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- la prise en charge des troubles de la sexualité
- la préservation de l'image corporelle ou socio-esthétique

###### Techniques particulières et innovantes dans le traitement de la douleur

Enfin, il a été proposé en accord avec le groupe d'experts, concernant la prise en charge de la douleur, que l'analyse de la littérature cherche à objectiver l'apport de nouvelles techniques ou modalités

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

récentes qui pourraient compléter les techniques d'analgésie standard, notamment l'hypnoanalgésie et d'autres thérapeutiques alternatives complémentaires (TAC).

### ❖ Critères d'efficacité retenus pour la sélection des articles

Après analyse des résumés, les articles ont été sélectionnés sur la base de résultats en termes d'impact des différents soins de support analysés, sur :

- la survie
- l'état de santé physique, psychique et social
- la qualité de vie
- les éventuels autres impacts : immunité, inflammation, réduction des effets secondaires des traitements...

### 2.1.4 Recherche complémentaire

Ces résultats ont été complétés par une recherche manuelle afin d'enrichir la bibliographie en y intégrant notamment des études, des rapports de synthèse, des recommandations nationales et internationales sur les SOS et leurs aspects organisationnels.

## 2.2 Auditions d'acteurs hospitaliers et extrahospitaliers institutionnels et de terrain et contributions écrites

Des auditions ont été menées auprès d'acteurs hospitaliers et extrahospitaliers impliqués dans les SOS. La finalité de ces entretiens était de connaître les pratiques et les organisations ainsi que d'appréhender les modes de coordination et de complémentarité de l'offre en SOS entre les secteurs hospitaliers et extrahospitaliers.

Ont ainsi été auditionnés :

- des représentants des secteurs hospitaliers public et privé : représentants institutionnels et de terrain de la FHF, d'UNICANCER, de la FEHAP, et de l'UNHPC, de la FNEHAD ;
- des représentants de réseaux territoriaux/régionaux (UNRS, ACORESCA), et du premier recours (médecins généralistes en cabinet et Maisons de santé pluriprofessionnelles). Les noms des personnes auditionnées figurent en page 4 de ce rapport.

Les auditions ont été complétées par des contributions écrites adressées par les différents groupes auditionnés ainsi que par l'Association française pour les Soins Oncologiques de Support (AFSOS).

## 2.3 Consultation des experts

Les experts ont été mobilisés par l'INCa, avec l'appui de l'AFSOS, de la Société Française de Psycho-oncologie (SFPO) et de la Ligue nationale contre le cancer. La composition du groupe d'experts figure en page 3 de ce rapport.

Le groupe a été sollicité afin de donner son avis, sur la base des résultats de l'analyse de la littérature, des auditions et contributions écrites, concernant :

- le contenu actualisé du panier en SOS à intégrer dans le champ des financements sanitaires ;
- les ressources et compétences supplémentaires à mobiliser pour la mise en œuvre du panier actualisé ;
- les conditions optimales de réalisation des SOS.

Les experts sollicités ont tous rempli une déclaration publique d'intérêt (DPI) et l'analyse de ces DPI n'a identifié aucun conflit d'intérêt.



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 3. CONTENU ACTUALISÉ DU PANIER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

#### 3.1 Données de la littérature

##### 3.1.1 Résultats de la recherche bibliographique

Pour les 6 catégories de SOS suivants : l'activité physique adaptée, les conseils d'hygiène de vie, le soutien psychologique des proches et aidants des personnes atteintes de cancer, le soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, la prise en charge des troubles de la sexualité et la préservation de l'image corporelle, la recherche bibliographique a permis d'identifier 489 résumés. Après analyse de ces résumés, 36 articles ont été sélectionnés, complétés de 18 documents identifiés (articles et rapports) par recherche manuelle. Les articles sélectionnés correspondent principalement à des essais randomisés, des revues de la littérature et des méta-analyses.

Un rapport d'expertise coordonnée par l'INCa sur l'activité physique et le cancer et réalisée avec l'appui d'un groupe d'experts sur la base des données récentes de la littérature médicale et scientifique a été utilisé via l'analyse de la littérature qu'il avait réalisée.

##### 3.1.2 Principaux résultats de l'analyse de la littérature

Les résultats détaillés de l'analyse de la littérature sur les apports des différents soins de support au regard des critères d'efficacité retenus (cf. 2.1.3) ont été synthétisés dans des fiches élaborées par catégorie de soins de support. Ces fiches regroupant les résultats de la recherche bibliographique et les principaux résultats de l'analyse bibliographique ont été reportées en **Annexe 2**.

### 3.2 Avis des experts sur le contenu du panier en soins de support et ses modalités de mise en œuvre

#### 3.2.1 Préambule

En préambule des propositions sur le contenu du panier, le groupe d'experts a souhaité souligner, tout en étant conscient que les moyens financiers nécessaires à la mise en œuvre du panier actualisé ne pourront pas être illimités, la nécessité de dimensionner/calibrer ces financements en fonction des besoins estimés pour chaque SOS inclus dans le panier. Il s'agira en particulier de réfléchir à adapter les ressources en ETP allouées au prorata de l'activité estimée voire de la file active des malades.

Le groupe d'experts estime indispensable que les soins de support bénéficient autant que faire se peut, par rapport aux modes de financements forfaitaires, d'une valorisation tarifaire de l'activité en soins de support des établissements de santé, à la fois dans le cadre de séjours hospitaliers et de soins externes, afin de mieux prendre en compte/mieux reconnaître cette activité ainsi que les moyens mobilisés par les établissements de santé.

#### 3.2.2 Avis des experts sur le contenu actualisé du panier en soins de support

Le groupe d'experts propose un panier en soins de support à intégrer dans le champ des financements sanitaires, constitué :

- d'un socle de base de quatre catégories de SOS, indispensables et à garantir à tous les patients ;
- de 5 soins de support complémentaires (sur les 6 analysés) à intégrer dans le panier actualisé, leurs modalités particulières de mise en œuvre et de priorisation éventuelle ayant été ici précisées ;
- de techniques particulières d'analgésie.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### ❖ Notion de socle de base en soins de support et de socle de base élargi ou panier actualisé

#### LE SOCLE DE BASE EN SOINS DE SUPPORT

Le socle de base est représenté par la prise en charge de la douleur, la prise en charge diététique et nutritionnelle, la prise en charge psychologique et la prise en charge sociale, familiale et professionnelle\*. Ce socle devrait être accessible facilement et garanti :

- A tous les patients, sur la base d'outils de repérage validés, généralisés et d'une évaluation régulière des besoins ;
- Dans un contexte de sensibilisation des professionnels et de visibilité de l'offre territoriale ;
- Par tous les établissements de santé hospitaliers et les structures/acteurs extrahospitaliers de l'offre en soins de support sur le territoire ;
- Tout au long de la prise en charge, y compris en phase palliative et en fin de vie.

L'intégration des soins de support complémentaires et des techniques particulières d'analgésie constitue le nouveau socle de base élargi ou panier actualisé.

#### PROPOSITION COROLLAIRE POUR L'ACCÈS AU PANIER ACTUALISÉ EN SOINS DE SUPPORT

Concernant les établissements de santé autorisés, la garantie d'accès au panier actualisé pour tous les patients qui en ont besoin, dans les conditions définies par les recommandations, devrait être inscrite dans le dispositif des autorisations de traitement du cancer et donc devenir opposable.

Il sera également nécessaire de prendre une mesure d'opposabilité pour les établissements de santé associés et les structures extrahospitalières de proximité, afin de pouvoir garantir l'accès au panier actualisé pour tous les patients quel que soit leur lieu de soin et de prise en charge.

\* : La prise en charge professionnelle inclut dans ce cadre l'évaluation, l'orientation et la prise en charge concernant le maintien dans l'emploi, la réinsertion professionnelle ou l'arrêt d'activité professionnelle.

### ❖ Soins de support complémentaires à intégrer dans le panier

Pour les soins de support complémentaires destinés à être intégrés dans le panier, le groupe d'experts a pris en compte plusieurs critères :

- un niveau de preuve suffisant de leur efficacité en termes de survie ;
- un niveau de preuve suffisant de leur efficacité en termes de qualité de vie ;
- le nombre de patients potentiellement concernés ;
- la faisabilité de mise en œuvre au niveau territorial, sous réserve des moyens alloués.

Les données de la littérature ont permis de mettre en évidence des gains de qualité de vie pour ces SOS ; en revanche un éventuel gain en survie est très difficile à objectiver.

#### LES SOINS DE SUPPORT COMPLÉMENTAIRES À INTÉGRER DANS LE PANIER

Le groupe d'experts propose d'inclure dans le panier les soins de support complémentaires suivants :

- Activité physique
- Conseils d'hygiène de vie
- Soutien psychologique des proches et des aidants
- Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité
- Prise en charge des troubles de la sexualité

La mobilisation de ces soins complémentaires doit tenir compte du parcours des patients et de leurs besoins, qui sont non seulement très différents et évolutifs selon l'étape de leur parcours mais dépendent également de la situation de chaque patient (type de cancer, type de traitement, situation personnelle, âge...).

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### ❖ La socio-esthétique ou prise en charge des troubles de l'image corporelle

- En l'absence actuellement d'un niveau de preuve suffisant sur l'efficacité de la socio-esthétique et sur le périmètre du métier, le groupe d'experts ne considère pas ce type de prise en charge comme incontournable et prioritaire.
- Compte tenu du niveau de preuve insuffisant à ce jour, il est proposé de mieux documenter l'impact des soins de socio-esthétique par des études contrôlées.
- Il n'est pas proposé d'inclure la socio-esthétique dans le panier en soins de support ni dans le champ des financements sanitaires.
- Compte tenu d'un apport bénéfique pour les patients, il est proposé d'inscrire la socio-esthétique dans la catégorie des soins de bien-être, souvent pris en charge par les associations.

### ❖ Techniques particulières d'analgésie

#### LES TECHNIQUES PARTICULIÈRES D'ANALGÉSIE À INTÉGRER DANS LE PANIER

Le groupe d'experts est d'avis d'intégrer dans le panier en soins de support deux techniques d'analgésie proposées comme prioritaires :

- L'hypnoanalgésie, dans les douleurs liées au cancer (ou à ses traitements) chez l'adulte et chez l'enfant ;
- L'analgésie intrathécale délivrée par pompe implantable, de façon précoce dans le traitement des douleurs liées aux cancers pelviens à extension locorégionale.

### 3.2.3 Les conditions de mise en œuvre et de priorisation des soins de support complémentaires à intégrer dans le panier

Le groupe d'experts a également formulé des avis sur les conditions de mise en œuvre et de priorisation éventuelle des nouveaux soins de support à inclure dans le panier.

#### CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE PRIORISATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

- Permettre un accès prioritaire aux patients en situation adjuvante eu égard au niveau de preuve sur l'impact de l'activité physique en termes de prévention des récurrences et de survie.
- Intégrer l'activité physique tout au long du parcours, en priorisant la phase d'après cancer.

#### CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE PRIORISATION DES CONSEILS D'HYGIÈNE DE VIE

- Informer précocement les patients sur les enjeux de prévention tertiaire des conseils d'hygiène de vie et sur leur impact dans l'après cancer.
- Cibler les conseils d'hygiène de vie pour les patients à risque établi en fonction des références scientifiques actuelles, et selon l'actualisation des modes d'évaluation de ces risques.
- Inscrire l'information sur le statut tabagique et la proposition thérapeutique d'accompagnement au sevrage tabagique dans les programmes personnalisés de soins et d'après-cancer. Les financements d'accompagnement au sevrage tabagique existant déjà par ailleurs, les experts ne proposent pas de les inclure dans le cadre du panier.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE PRIORISATION

#### DU SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES ET DES AIDANTS

- Développer la communication autour de la condition de proche et d'aidant naturel afin de mieux la faire connaître ;
- Développer l'information et la formation des aidants à la compréhension de la maladie dans son contexte à domicile, en particulier par le biais de groupes de pairs ;
- Cibler le soutien psychologique des proches sur des populations à risque et des situations particulières repérées par des outils validés qui doivent être généralisés : situations de précarité, jeunes aidants, conjoints de patients à troubles cognitifs, parents et fratrie d'enfants atteints de cancer ;
- Développer des programmes d'éducation et de renforcement des compétences des proches pour mieux les aider à faire face à la maladie et pouvoir gérer le quotidien ;
- Mettre à disposition des aidants des dispositifs permettant d'évaluer l'impact psychique et physique de la maladie de leur proche ou leur permettant de demander de l'aide et du soutien : par exemple lors d'entretiens réguliers préconisés par le médecin traitant du patient ou encore par le biais d'une hotline.

### CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE PRIORISATION DU SOUTIEN

#### À LA MISE EN ŒUVRE DE LA PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ

- Mettre en place, précocement autour de l'annonce, information, évaluation et conseil systématiques sur la préservation de la fertilité, pour les patients qui le nécessitent en fonction de l'âge, du type de cancer et/ou du type de traitement conformément aux référentiels professionnels et aux préconisations des sociétés savantes ;
- Sensibiliser les professionnels prenant en charge ces patients pour le diagnostic et le traitement du cancer sur les possibilités de préservation de la fertilité ;
- Mettre en place une organisation de type « filière » (information, évaluation des besoins, orientation adéquate) afin de favoriser l'accès des patients concernés vers les services spécialisés ;
- Porter une attention particulière à l'information et au conseil sur la préservation de la fertilité des adolescents et des jeunes adultes, en tenant compte de l'impact psychologique potentiel des problématiques de fertilité dans cette catégorie de patients.

### CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET DE PRIORISATION DE LA PRISE EN CHARGE

#### DES TROUBLES DE LA SEXUALITÉ

- Développer l'information concernant la prise en charge des troubles de la sexualité, à deux périodes clés du parcours : au moment de l'annonce et de la proposition thérapeutique lorsque le choix thérapeutique peut avoir une influence sur la santé sexuelle (comme dans les cancers pelviens) et dans l'après-cancer ;
- Prioriser la prise en charge pour les personnes atteintes de cancers entraînant des troubles physiques de la fonction sexuelle (cancers des organes génitaux, cancers du sein, et cancers pelviens).

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 4. RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER

L'ensemble des acteurs médicaux, médico-sociaux et sociaux impliqués dans la prise en charge du patient doit prendre en compte la dimension des SOS. La motivation des médecins est essentielle pour entraîner les équipes dans ce type de soins. À côté des compétences spécifiques à une technique et/ou un SOS donné, décrites ci-dessous, il est nécessaire de pouvoir mobiliser des compétences plus organisationnelles visant à optimiser l'accès à la « filière » des SOS, en apportant information, évaluation périodique et orientation du patient (et/ou de ses proches) vers des SOS adaptés. Le personnel infirmier diplômé d'État coordinateur (IDEC) semble être bien positionné pour remplir ce rôle du fait de ses compétences de « gestionnaire de cas » et de ses connaissances des ressources en SOS disponibles.

#### 4.1 Activité physique, conseils d'hygiène de vie

La prévention tertiaire des cancers est prioritaire et constitue un réel enjeu de Santé publique. Elle nécessite d'informer et de conseiller précocement les patients dès la phase active des traitements, mobilisant du temps parmi les personnels constituant les équipes hospitalières (oncologues, IDEC, diététiciens, professionnels de l'activité physique formés selon les modalités à définir). Il est rappelé que les conseils nutritionnels font partie du socle de base actuel et que leur renforcement devrait être réexaminé en termes de ressources. Leur mise en œuvre effective engagée en établissement va se dérouler la plupart du temps en milieu extrahospitalier, le plus souvent dans le cadre de programmes d'éducation thérapeutique nécessitant une procédure assez lourde, des infrastructures dédiées et des compétences pluriprofessionnelles. Les structures de type réseaux de santé plurithématiques semblent être actuellement les plus à même d'offrir ce type de prestations en extrahospitalier, notamment pour faciliter l'accessibilité financière via des prestations dérogatoires, les consultations de diététicien et de psychologues libéraux n'étant pas à ce jour financées par l'Assurance maladie.

#### PROPOSITIONS SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER

- Mobiliser des compétences et ressources dans les établissements autorisés et en extrahospitalier, par exemple dans des structures intégrées (de type réseaux de santé plurithématiques, maisons de santé pluridisciplinaires, autres structures extrahospitalières).
- Mener une réflexion sur la prescription et le financement par l'Assurance Maladie de l'activité physique et des consultations de diététiciens au sein des établissements et en ville.
- Faciliter l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique dont le dispositif actuel est jugé assez lourd et freinant une mise en œuvre plus large des programmes.
- Se référer aux travaux en cours de la DGS (référentiels de compétences des instructeurs sportifs) et de la HAS, concernant les compétences requises pour encadrer les patients dans un programme d'activité physique, pour définir les modalités pratiques d'accès.

#### 4.2 Soutien psychologique des proches et des aidants

Le groupe d'experts a individualisé deux axes principaux dans le soutien des proches et des aidants, mobilisant deux catégories de ressources :

- d'une part, l'information et l'évaluation systématiques des besoins à développer par la mise en place d'une hotline dans les établissements de santé ou les structures extrahospitalières et/ou de consultations médicales régulières du proche, favorisées par le médecin traitant du patient ;
- d'autre part, un soutien psychologique ciblé pour les personnes à risque (situations de précarité, jeunes aidants, conjoints ou proches de patients à troubles cognitifs, parents et fratrie d'enfants atteints de cancer).

Le nombre de personnes concernées n'est pas précisément connu.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Cependant, plus d'un tiers des consultations de psychologues libéraux concernent l'entourage de patients atteints de cancers selon les réseaux territoriaux de cancérologie et/ou de soins palliatifs. De plus, une proportion similaire se retrouve dans l'activité des psychologues et psychiatres en établissement<sup>7</sup>.

### PROPOSITIONS SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER

- Mobiliser des ressources complémentaires de psychologues hospitaliers à calibrer selon l'estimation des besoins et pour les publics concernés.
- Favoriser l'accessibilité financière aux consultations de psychologues en ville, sous réserve d'un niveau de compétences et de pratiques conformes aux référentiels professionnels.

### 4.3 Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité

La prise en charge des patients pour la préservation de la fertilité est actuellement parfaitement assurée par des services spécialisés.

La problématique est de systématiser l'accès à ces services des patients pour lesquels il est pertinent en les inscrivant dans une réelle filière de prise en charge. L'action 7.2 du Plan cancer 2014-2019 prévoit que cette problématique de la préservation de la fertilité soit abordée dès la consultation d'annonce de la proposition thérapeutique.

### PROPOSITIONS SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER

- Sensibiliser les professionnels, qui prennent en charge les patients pour le diagnostic et le traitement du cancer, sur les possibilités de préservation de la fertilité.
- Mobiliser du temps infirmier (infirmier d'annonce ou infirmier coordonnateur dûment formé), sur la base d'une responsabilité déléguée par le médecin, afin de pouvoir garantir aux patients qui en ont besoin : une information précoce dès l'annonce du diagnostic du cancer sur la préservation de la fertilité, une évaluation des besoins, des conseils adaptés et une orientation adéquate.
- Mettre à disposition des patients, selon l'évaluation de leurs besoins, du temps dédié de psychologue pour un accompagnement psychologique autour de la préservation de la fertilité.

### 4.4 Prise en charge des troubles de la sexualité

Selon les experts, la prise en charge des troubles de la sexualité est à considérer comme un soin de support à prioriser pour des populations à risque (cancers des organes génitaux, cancers du sein, cancers pelviens, adolescents-jeunes adultes).

Deux problématiques majeures ont été soulevées : un manque important d'information des patients (« en parler »), et un manque de visibilité sur l'offre de prise en charge au regard des multiples catégories de professionnels impliqués (urologues, chirurgiens digestifs, oncologues, sexologues, psychologues...).

<sup>7</sup>Société Française de Psycho-oncologie (SFPO). État des lieux de l'activité de soins psychiques en cancérologie. Enquête SFPO avec le soutien de l'INCa, 2012. <http://www.sfpo.fr>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### **PROPOSITIONS SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER**

- Mobiliser du temps infirmier pour l'information et le repérage des besoins (infirmier d'annonce ou infirmier coordonnateur sensibilisé à l'approche onco-sexologique).
- Mieux caractériser et structurer l'offre de prise en charge, pour faire face à la multitude de professionnels impliqués dans la prise en charge des troubles de la sexualité. Le groupe d'experts propose pour cela une identification et une évaluation des ressources et des compétences disponibles au regard des référentiels professionnels existants.

### **4.5 Techniques particulières d'analgésie**

Concernant les ressources et compétences professionnelles à mobiliser sur les techniques d'analgésie particulières à intégrer dans le panier, les experts ont formulé deux propositions visant à garantir le niveau de qualité et de sécurité de ces techniques.

### **PROPOSITIONS SUR LES RESSOURCES ET COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SUPPLÉMENTAIRES À MOBILISER**

- Formation universitaire spécifique pour l'intervenant en hypnoanalgésie dans les cancers de l'adulte et les cancers de l'enfant.
- Réserver la pratique de l'analgésie intrathécale délivrée par pompe implantable à des centres hospitaliers identifiés par l'ARS, tenant compte de la file active de patients, du fait de la nécessité d'une haute technicité et de la mise en place de procédures spécifiques notamment en termes de remplissage des pompes et de suivi.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 5. CONDITIONS OPTIMALES DE RÉALISATION DES SOINS DE SUPPORT

La qualité de la prise en charge en SOS ne dépend pas uniquement des différents SOS à garantir aux patients et à leurs proches, ni des compétences des opérateurs, mais également des modalités de mise en œuvre permettant de garantir une offre en SOS intégrée, personnalisée, adaptée aux besoins des patients et aux différents temps et lieux de la prise en charge. Ces aspects organisationnels font partie intégrante du panier et constituent autant de leviers visant à optimiser la réalisation des SOS, d'une part en favorisant l'accès à des SOS de qualité et adaptés aux besoins des patients et des proches, d'autre part à structurer une offre de soins graduée et efficiente.

De plus, il est proposé de rendre opposable le panier en SOS en tant que « référentiel de contenu et d'organisation de la prise en charge en soins de support », dans le cadre de la révision du dispositif d'autorisation de traitement du cancer. En effet, l'autorisation de traitement du cancer implique, entre autres, « l'accès aux soins et aux soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, notamment la prise en charge de la douleur, le soutien psychologique, le renforcement de l'accès aux services sociaux et, s'il y a lieu, la démarche palliative »<sup>8</sup>. L'opposabilité du panier pourrait ainsi constituer un levier intéressant pour garantir un socle d'offre en SOS à tous les patients, à condition que cela s'accompagne du financement via les critères de qualité, qui seront définis dans le cadre des travaux d'évolution du dispositif des autorisations.

#### 5.1 Pratiques professionnelles favorisant l'accès à des soins de support de qualité

Les soins de support font partie intégrante du parcours en cancérologie. Ils s'inscrivent dans un parcours de vie marqué par le cancer, maladie potentiellement évolutive. Il est important de pouvoir garantir l'accès aux SOS à toutes les étapes du parcours (phase des traitements spécifiques du cancer, avec ou sans prétention curative, phase de limitation et d'arrêt des traitements spécifiques, réhabilitation de l'après-cancer) et de veiller à prévenir les ruptures de parcours de soins.

##### 5.1.1 Évaluation des besoins

L'évaluation des besoins en SOS permet de repérer et de chercher à répondre aux différents besoins des patients. Elle devrait être systématique et périodique tout au long du parcours, notamment aux périodes charnières de la prise en charge (phase d'annonce du diagnostic de cancer, phase d'après-cancer, rechute, stade métastatique, entrée en phase palliative/terminale), et réalisable par tous les professionnels impliqués tout au long de la prise en charge afin notamment de sécuriser et d'anticiper l'étape suivante.

Lors de la prise en charge initiale, l'évaluation est réalisée par les professionnels hospitaliers, le plus souvent l'oncologue ou le spécialiste d'organe, ou un infirmier (d'annonce ou de coordination). Elle devrait être faite en lien avec le médecin traitant du patient. Celui-ci, de par ses connaissances du patient et de son historique non seulement médical mais également psychosocial et professionnel, peut informer l'équipe hospitalière des besoins du patient.

Dans les phases ultérieures de prise en charge, l'évaluation des besoins peut être réalisée en milieu hospitalier mais également dans des structures extrahospitalières intégrées telles que les réseaux de santé territoriaux et les maisons de santé pluridisciplinaires. Ces structures extrahospitalières de proximité paraissent particulièrement adaptées pour intervenir dans l'évaluation et le suivi, notamment dans l'après-cancer. La programmation des SOS à l'issue de l'évaluation doit être intégrée dans le programme personnalisé de soins (ou d'après-cancer) et mise à jour lors des réévaluations périodiques,

<sup>8</sup> Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique. Journal officiel du 22 mars 2007



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

en associant le médecin traitant et les autres professionnels impliqués dans les SOS procurés au patient<sup>9</sup>.

### 5.1.2 Coordination des soins de support

Afin d'optimiser l'accès à des SOS de qualité et de garantir la continuité des soins entre établissements de santé et structures extrahospitalières, une organisation permettant une action coordonnée des différents acteurs des SOS doit être identifiée.<sup>10</sup>

Dans plus de la moitié des centres de lutte contre le cancer (CLCC), un service dédié à cette coordination existe.

Cette coordination permet de:

- Formaliser le processus d'évaluation et d'orientation des patients vers les professionnels concernés et d'en assurer la traçabilité ;
- Programmer la prise en charge dans une approche « parcours » globale en tenant compte des dimensions médicales, psychosociales et familiales du patient ;
- Organiser de façon bidirectionnelle l'articulation entre les structures hospitalières et extrahospitalières.

Les IDEC sont à même de réaliser une orientation « personnalisée » des malades vers les offres de proximité adaptées à leurs besoins.

### 5.1.3 Concertation pluriprofessionnelle / « Staffs » en soins de support

Des temps de rencontres pluriprofessionnelles associant des professionnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support permettent d'aborder plus particulièrement la situation des patients aux pathologies et/ou parcours complexes ou lors d'étapes clés du parcours (rechute, arrêt des traitements, entrée en phase palliative). Ces temps de réunion, appelés communément « staffs en soins de support » permettent de réaliser dans le même temps une réévaluation, une programmation adéquate des SOS et une anticipation des phases à venir.

Ces réunions sont souvent présentes dans les structures spécialement dévolues au cancer, mais sont à ce jour incomplètement mises en place dans les centres hospitaliers<sup>11</sup>.

## 5.2 Structuration et gradation de l'offre en soins de support

### 5.2.1 Bilan de l'offre

En l'absence d'un état des lieux exhaustif, nous manquons à ce jour d'éléments objectifs nous permettant de savoir précisément quelle offre de SOS est proposée aux patients plus spécifiquement dans les établissements de santé, ou par les structures extrahospitalières tout au long du parcours. L'analyse des pratiques de terrain transmise par les représentants des différentes fédérations et associations interrogés a cependant permis de mettre en évidence d'importantes variations dans l'organisation de l'offre en SOS.

La plupart des établissements de santé sont en capacité de garantir le socle de base en SOS (prise en charge de la douleur, prise en charge diététique et nutritionnelle, prise en charge psychologique, et prise en charge sociale) et beaucoup proposent aujourd'hui une offre diversifiée de nombreux SOS.

<sup>9</sup> L'action 2.20 du Plan cancer 2014-2019 vise à donner la possibilité à l'équipe de premier recours de contribuer à la constitution du PPS et du PPAC (connaissance des traitements antérieurs et de l'environnement psychosocial)

<sup>10</sup> Organisation, coordination et fonctionnalité des soins de support au sein des établissements. Groupe de réflexion, Commission Démarche Participative de l'AFSOS. <http://www.afsos.org>

<sup>11</sup> L'action 7.6 du Plan cancer 2014-2019 soutient dans sa sous-action 7.6.3 le développement des temps de réunion de concertation, associant des personnels médicaux, paramédicaux et les équipes de soins de support, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France. Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014. <http://www.plan-cancer.gouv.fr>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Cependant, l'organisation et la coordination de l'offre diffèrent d'un établissement de santé à l'autre et selon les territoires.

Ainsi, certains établissements de santé, (en pratique CHU, CLCC, établissements privés de grande taille) ont une structure dédiée de coordination et d'offre en SOS. C'est le cas par exemple des Départements Interdisciplinaires de Soins de Support aux Patients en Onco-hématologie (DISSPO) dans les CLCC. L'organisation des SOS en service dédié a permis d'y développer une culture de la coordination des soins de support et une expertise de haut niveau.

On trouve dans ces établissements des centres experts ayant développé des soins de support de haute technicité, nécessitant des compétences et un plateau technique spécifiques. Il s'agit par exemple des centres pratiquant l'analgésie intrathécale administrée par pompe implantée, nécessitant la mise en place de procédures spécifiques notamment en termes d'asepsie (cf. chapitre 4.5).

Les établissements hospitaliers (de type CHU et CLCC) ont de plus mis en place des enseignements et des formations en soins de support.

D'autres établissements de santé ont mis en place une équipe pluridisciplinaire de type équipe mobile à disposition des services (cas le plus fréquent dans les établissements privés à but lucratif).

Les établissements de petite taille (privés lucratifs de petite taille ou CH) n'ayant pas de ressources en soins de support peuvent dans certains territoires faire bénéficier leurs patients d'une offre proposée et financée par les réseaux territoriaux : consultations de diététicienne de ville, ateliers d'activité physique, voire art-thérapie ou groupe de dialogue, etc. Dans les territoires dépourvus de réseaux territoriaux, ils peuvent solliciter la Ligue contre le cancer ou d'autres associations pour l'intervention d'oncopsychologues, d'assistantes sociales, de socio-esthéticiennes, ou d'autres professionnels des soins de support.

Cette variabilité de l'organisation des SOS peut être source d'inégalités sociales, territoriales ou, selon les localisations cancéreuses, dans l'accès aux SOS.

### 5.2.2 Propositions en matière d'organisation territoriale de l'offre

#### ❖ Priorisation de la mise en œuvre du panier pour des publics fragiles

Il est nécessaire de veiller à ce que la redéfinition du « panier » n'aggrave pas les inégalités existantes ou n'entraîne pas de nouvelles inégalités dans l'accès à l'offre de soins. Bien qu'il soit acté que tous les patients doivent bénéficier d'une évaluation de leurs besoins et qu'ils doivent pouvoir bénéficier des SOS, une attention particulière est due afin de garantir au niveau territorial l'accès aux SOS pour certaines catégories de patients :

- Des publics plus vulnérables : âges extrêmes, fragilités sociales ou psychologiques, parents isolés ;
- Des patients aux problématiques médicales et psycho-sociales intriquées comme dans le cas des cancers ORL, pulmonaires, du système nerveux central, ou encore de patients présentant des comorbidités ;
- Des patients ayant un éloignement géographique par rapport aux hôpitaux et centres disposant d'une offre en SOS complète.

#### ❖ Mutualisation des ressources en soins de support

Afin d'éviter les inégalités d'accès en SOS notamment dans les territoires dépourvus d'une offre complète hospitalière ou de ville, une mutualisation des ressources, par exemple par conventionnement entre structures, pourrait être envisagée afin de rendre l'offre en SOS disponible en proximité, en tenant compte des différents acteurs (MCO, SSR, HAD, ville) et du déport du lieu de soins vers le domicile.

Des moyens spécifiques seraient alors nécessaires pour faciliter cette mutualisation (outils de communication, plateforme de coordination co-portée par « la ville et l'hôpital »).

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### ❖ Gradation de l'offre en soins de support

**Au-delà de la phase hospitalière d'évaluation et de prise en charge initiales, les soins de support peuvent être réalisés en ville et/ou à l'hôpital.**

Il convient de proposer les deux modes de prise en charge au patient. Le choix dépendra du contexte, de l'environnement social et économique de la personne concernée et surtout de ses besoins. La proximité géographique est prépondérante pour ces personnes fatigables, dans une organisation territoriale graduée entre la « ville » et les structures spécialisées.

**Des situations complexes peuvent néanmoins nécessiter une prise en charge hospitalière à d'autres phases du parcours.**

Il s'agit des situations pour lesquelles l'interdisciplinarité est indispensable aux SOS et la coordination des acteurs en ville s'avère être difficile à mettre en place en raison :

- soit de l'intrication de problématiques médicales et psychosociales rendant la coordination des acteurs en ville difficile ;
- soit d'un nouvel événement dans le parcours (rechute, stade métastatique, etc.) nécessitant une réévaluation en vue d'une modification de stratégie de traitement et de prise en charge ;
- soit de la nécessité de certains actes techniques qui ne peuvent quasiment jamais être réalisés en ville (consultation pluridisciplinaire de la douleur, ponctions d'épanchements pleuraux ou péritonéaux, réévaluation du traitement de symptômes rebelles, etc.).

Pour les situations particulièrement complexes de décision d'arrêt de traitements spécifiques et de prise en charge palliative, le Plan cancer 2014-2019 soutient la mise en place au niveau régional de réunions d'appui pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé en cancérologie et en soins palliatifs.<sup>12</sup>

**Les soins de support, initiés le plus souvent en milieu hospitalier, peuvent être poursuivis en ville.**

### ❖ Articulation entre la prise en charge à l'hôpital et au domicile

La continuité des soins est un élément clé pour la poursuite de la prise en charge en SOS au-delà de l'évaluation et de la prise en charge hospitalière initiale, notamment dans la phase de réhabilitation et d'après-cancer où le patient est à son domicile. Elle a pour finalité de garantir une cohérence entre les deux secteurs et une qualité de prise en charge comparable mais aussi de permettre aux patients d'accéder aux SOS en ville, alors qu'aujourd'hui certains d'entre eux ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie comme les consultations de psychologue et de diététicien.

Cette continuité des soins implique d'établir des relations de partenariats entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier. Si l'établissement autorisé pour le traitement du cancer n'est pas en mesure de fournir les SOS correspondant au panier actualisé, il doit s'assurer de leur disponibilité via une contractualisation avec d'autres opérateurs.

### ❖ Rôle des structures de Soins de suite et de réadaptation (SSR) dans l'après-cancer

Les établissements de SSR sont les acteurs initiaux de la réadaptation physique, cardiaque, respiratoire et neurologique. Ils ont un rôle essentiel à jouer dans le « reconditionnement » physique dans la phase de « l'après-cancer » et pourraient se positionner dans le domaine de l'éducation thérapeutique et de la prévention tertiaire, relayés ensuite par les structures extrahospitalières. Ils pourraient également

<sup>12</sup> L'action 7.6 du Plan cancer 2014-2019 soutient dans sa sous-action 7.6.4 « l'expérimentation au niveau régional de réunions d'appui pluridisciplinaire rassemblant des professionnels de santé en cancérologie et en soins palliatifs, pour les situations complexes d'arrêt de traitement et de prise en charge palliative ». Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France. Plan cancer 2014-2019, 4 février 2014. <http://www.plan-cancer.gouv.fr>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

intervenir dans la prévention et/ou la prise en charge de séquelles fonctionnelles des cancers et de leurs traitements.

### ❖ **Positionnement des structures d'Hospitalisation à domicile (HAD) dans l'offre en soins de support**

La prise en charge des patients à domicile par l'HAD se rapproche de celle apportée en milieu hospitalier à l'exclusion du plateau technique. En effet, l'HAD a vocation à prendre en charge des patients nécessitant des soins complexes et fréquents<sup>13</sup>. Elle est fortement présente dans la filière hématologique, en particulier autour des patients en phase avancée en situation de complexité médico-psycho-sociale et nécessitant des soins continus, une coordination médicalisée et une continuité des soins 24h/24 (et non une surveillance continue à domicile) ; elle dispose de ressources spécialisées mobilisables au domicile et d'un accès à l'expertise en cancérologie. L'HAD peut également mettre en place certaines techniques notamment dans la prise en charge de la douleur (injecteur programmable ou accès à un médicament de la réserve hospitalière), ou réaliser quelques gestes techniques en alternative à l'hospitalisation de jour (HDJ) (ponction d'ascite, drainage sur cathéter pleural...). Elle apporte un appui technique au médecin traitant autour de ces situations.

L'HAD mobilise un ensemble d'intervenants libéraux et/ou salariés pour la réalisation des soins (IDE, aides-soignants, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, assistants sociaux, psychologues...). Elle assure la rémunération de l'ensemble des intervenants et des prestations fournies, financées par son tarif journalier. Les équipes de l'HAD se coordonnent avec les structures de proximité et développent une complémentarité avec les réseaux de santé selon leur présence sur les territoires.

Prenant en charge les situations les plus complexes, qui dépassent les possibilités d'intervention des professionnels libéraux et structures extrahospitalières et qui nécessitent plusieurs intervenants de façon concomitante, l'HAD pourrait être ainsi positionnée comme un « sas » intermédiaire entre l'hospitalisation conventionnelle et la prise en charge à domicile ne nécessitant pas une continuité des soins 24h/24.

### ❖ **Rôle et positionnement des réseaux territoriaux de santé**

Les réseaux territoriaux (RT) de santé, qu'ils soient spécifiques à la cancérologie ou de plus en plus souvent multithématiques et qui doivent développer une expertise en cancérologie (dans le respect des orientations de la DGOS<sup>14</sup>), permettent d'assurer un relai des soins initiés à l'hôpital vers une offre en soins de support de proximité. L'entrée du patient dans le réseau territorial peut être le fait de l'établissement de santé de référence, des professionnels de santé libéraux voire du patient lui-même.

Cette expertise centrée sur l'évaluation médico-psycho-sociale partagée, la coordination du parcours et l'identification des ressources compétentes en proximité, permet d'apporter aux patients et à leurs proches une offre en soins de support personnalisée, un accompagnement et un soutien (avec prise en compte de l'épuisement possible des proches), une continuité des soins avec une coordination des différents professionnels, plus d'autonomie grâce à une information et/ou une éducation thérapeutiques et une mise à disposition d'un annuaire de ressources en soins de support du territoire. Les RT sont en capacité de prévenir les situations d'urgence grâce à une anticipation des problématiques médico-psycho-sociales.

L'offre en soins de support proposée par le réseau provient soit des professionnels du réseau (médecin algologue, IDEC, psychologue, assistante sociale...), soit des professionnels de proximité identifiés. Afin de garantir la qualité de l'offre et les compétences des opérateurs, les RT organisent des réunions de sensibilisation/formation des professionnels de ville à la cancérologie.

<sup>13</sup> Ministère de la Santé et des solidarités, France. Circulaire N°DHOS/03/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. <http://www.social-sante.gouv.fr>

<sup>14</sup> Ministère charge de la santé, France. Guide méthodologique de la Direction générale de l'offre de soins. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Octobre 2012. <http://www.sante.gouv.fr>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Les RT se positionnent donc comme des acteurs clés du maillage territorial de l'offre en soins de support. Ils utilisent le principe de subsidiarité afin de rendre l'offre disponible (hospitalière ou extrahospitalière) accessible aux personnes vivant sur le territoire. Ils disposent d'une enveloppe budgétaire de dérogation tarifaire leur permettant de financer des consultations en ville comme des consultations de diététicien. De plus, ils ont mis en place un dispositif de consultations avancées permettant l'accès pour les patients les plus éloignés et les plus fragilisés aux meilleures stratégies thérapeutiques et aux SOS.

Plus globalement, les réseaux régionaux de cancérologie doivent contribuer à rendre l'offre en soins de support plus lisible pour faciliter les parcours des patients entre la ville et l'hôpital.

La nouvelle Loi de modernisation de notre système de santé prévoit la constitution par les ARS de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours complexes nécessitant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux<sup>15</sup>. Un décret précisera prochainement la composition des plateformes d'appui. L'intégration des RT à ces plateformes pourrait redéfinir leur périmètre d'action. La Loi prévoit également la possibilité pour les structures d'HAD d'y participer.

### ❖ Rôle des maisons de santé pluridisciplinaires dans l'offre en soins de support

Les maisons de santé pluridisciplinaires participent en tant que structures de soins primaires intégrées à l'organisation du parcours de santé. Certaines d'entre elles sont actuellement engagées dans les expérimentations DGOS-INCa sur l'intervention des IDEC en cancérologie<sup>16</sup>, se positionnant ainsi sur la coordination des parcours complexes et l'offre en SOS. Une étude récente de l'IRDES a montré l'efficacité des maisons et pôles de santé en termes de gains de productivité et de dépenses, et ce d'autant plus que le niveau d'intégration, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles y est élevé<sup>17</sup>. Ces structures intégrées pourraient participer à la constitution des plateformes territoriales d'appui à la coordination, sous réserve de financements adaptés.

<sup>15</sup> Loi de modernisation de notre système de santé. Texte adopté à l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015

<sup>16</sup> Ministère des Affaires sociales et de la Santé, France. INSTRUCTION DGOS/R3/2014/235 du 24 juillet 2014. <http://circulaires.legifrance.gouv.fr>

<sup>17</sup> Mousquès J, Daniel F. L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Questions d'économie de la santé n°210-juin 2015. <http://www.irdes.fr>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### 6. CONCLUSIONS SUR LES AXES OPPORTUNS D'ÉVOLUTION DU PANIER EN SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT

L'accès des patients atteints de cancer à des soins de support tout au long de leur parcours est une action du Plan cancer. L'INCa répond par ce document à la saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 afin de définir les axes opportuns d'évolution du panier de soins de support.

Ainsi, outre les quatre soins de support constituant le socle de base (prise en charge de la douleur, prise en charge diététique et nutritionnelle, psychologique et la prise en charge sociale, familiale et professionnelle), cinq soins de support supplémentaires ont été identifiés (activité physique, conseils d'hygiène de vie, soutien psychologique des proches et des aidants, soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité). Seule la socio-esthétique ou prise en charge des troubles de l'image corporelle ne peut être retenue actuellement en raison d'un niveau de preuve insuffisant sur son bénéfice même si cela concourt au bien-être des malades.

Les données de la littérature ont permis de mettre en évidence des gains de qualité de vie pour ces SOS ; en revanche un éventuel gain en survie est très difficile à objectiver.

Ces neuf soins de support devraient justifier d'un financement sanitaire, en ne prenant en compte que les besoins d'accès du patient à ces soins, qui peuvent varier au cours de son parcours.

Ce travail a également conduit à identifier deux techniques particulières d'analgésie dont l'accès devrait être facilité, l'hypno-analgésie et l'analgésie intrathécale. Pour cette dernière, l'accès sera sous réserve de l'identification par les ARS des établissements possédant la technicité et les procédures spécifiques requises.

L'accès à ces soins de support doit être équitable. Ainsi peuvent être envisagés une mutualisation des ressources, une offre hospitalière et libérale pouvant être contractualisée, un accès à certains SOS dans des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en Hospitalisation à domicile (HAD). Le rôle des réseaux territoriaux de santé et pour des cas complexes les plateformes territoriales d'appui, ainsi que des maisons de santé pluridisciplinaires, est souligné. La nouvelle Loi de modernisation de notre système de Santé va conférer aux ARS un rôle important dans l'organisation de l'offre territoriale en soins de support. Cette mise en œuvre devrait être optimisée par l'instauration du lien entre les coordinations hospitalières en soins de support et les plateformes territoriales d'appui à la coordination, par la mise en place d'un maillage territorial homogène et équilibré, et par l'allocation de moyens adaptés.

Ainsi tout patient atteint de cancer pourra avoir accès dès le diagnostic, tout au long du traitement du cancer, et dans l'après-cancer, à des soins de support appropriés à son état et à l'étape de son parcours.

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### ANNEXES



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Annexe 1. Saisine DGOS 085-15 du 31 juillet 2015 sur les axes d'évolution du panier en soins de support

085, 15



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Le directeur général de l'offre de soins

Tel. 01 40 56 44 64

Fax : 01 40 56 60 66

jean.debeaupuis@sante.gouv.fr

MERC/15/n\* Mercure

Paris, le 31 JUIL. 2015

Jean DEBEAUPUIS  
Directeur général de l'offre de soins

à

Mme le Pr Agnès BUZYN  
Présidente de l'Institut national du cancer –  
INCa  
52 avenue André Morizet  
92513 Boulogne Billancourt cedex

Madame la Présidente,

Le parcours de prise en charge en cancérologie ne peut désormais se concevoir sans permettre aux patients d'accéder, en complément de leur prise en charge curative, à des soins de support. La place de ces soins dans le parcours cancer prend une importance croissante, sous l'impact d'attentes fortes des patients mais également de la démonstration de gains de qualité de vie et de survie qui leur sont associés.

Le plan cancer 2014-2019 entend conforter le déploiement des soins de support et accompagner leurs évolutions. Dans le cadre de ses actions 7.6 et 7.7, il met en particulier l'accent sur les objectifs d'accessibilité, d'homogénéité des prestations proposées et de gradation de ces soins.

Ces évolutions, combinées à la recherche d'efficience de notre système de santé et à sa réponse optimale aux besoins de la population nous conduisent à interroger le panier de soins de support mobilisés par les établissements de santé à l'appui des parcours cancer et à envisager son évolution.

Conformément aux missions de pilotage technique et d'animation des structures de la cancérologie confiées à l'INCa, je souhaite que l'Institut mobilise l'expertise ainsi que les données à sa disposition pour définir les axes opportuns d'évolution de ce panier de soins.

Votre expertise devra permettre de répondre aux trois questions suivantes :

- Quels sont les soins de support susceptibles d'être proposés aux patients atteints de cancer ? Cette question devra intégrer une analyse des gains de qualité de vie et de survie associés aux différents soins de support. A partir des données récentes de la littérature scientifique sur ce sujet, vous actualiserez et hiérarchiserez les soins à mobiliser au profit des patients atteints de cancer.
- Parmi ces soins, lesquels sont incontournables et justifient une prise en charge sanitaire ? Cette question devra intégrer une analyse de ce qui relève, dans cet ensemble de prestations, du champ de compétences et de financements sanitaires. A partir d'une analyse des pratiques en soins de support, vous identifierez en quoi les professionnels de santé sont mobilisés par la réalisation de ces soins, afin de clarifier les contributions respectives attendues des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00  
[www.sante.gouv.fr/offre-de-soins](http://www.sante.gouv.fr/offre-de-soins)

1/2



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

- Enfin, quelles sont les conditions optimales de réalisation des soins de support en termes de complémentarité des compétences et du statut des acteurs ? Cette dernière approche devra notamment permettre d'évaluer si les acteurs de soins de support peuvent être indifféremment hospitaliers ou libéraux dès lors que les conditions de l'offre sont adaptées ou s'il apparaît des spécificités hospitalières de la réponse nécessaires pour certaines situations.

L'ensemble de ces éléments permettront de définir la cible en termes d'offre de soins de support. Un « panier » de soins de support pourra ainsi être proposé.

En termes de calendrier, et afin de permettre la concrétisation de cette réflexion pour la campagne budgétaire 2016, nous attendons la production de vos éléments d'expertise pour novembre 2015.

En termes de méthodologie de travail, vous pourrez utilement constituer des groupes de travail ou ateliers avec les différents acteurs concernés, professionnels et parties prenantes, en associant les agences régionales de santé. Les équipes DGOS concernées (bureau R3) se tiennent à votre disposition, à toutes les étapes de ce projet, afin de convenir ensemble des modalités de travail les plus pertinentes et permettre la production finale la plus adaptée.

Je vous remercie pour votre implication dans cette démarche.

Le Directeur Général de l'Offre de Soins

Jean Debeauvais

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Annexe 2. Principaux résultats de la littérature sur l'efficacité des soins de support chez les patients atteints de cancer

#### Activité physique (AP)

<p><b>Résultats de la recherche bibliographique</b></p> <p>Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Activité physique</b></p> <p>Un rapport d'expertise coordonnée par l'INCa sur l'activité physique et le cancer, réalisée par un groupe d'experts sur la base des données récentes de la littérature médicale et scientifique, et qui fera prochainement l'objet d'une publication, a été sélectionné comme outil d'analyse bibliographique.</p>
<p><b>Principaux résultats de l'analyse bibliographique</b></p> <p>L'analyse de la littérature réalisée dans le cadre de l'expertise coordonnée par l'INCa a mis en évidence un impact de l'activité physique sur :</p> <p><b>La survie</b></p> <p><u>Dans le cancer du sein</u> : Il est important de noter dans les études comparant AP avant et après diagnostic (méta-analyses), que l'augmentation ou le maintien de l'AP après le diagnostic a l'impact le plus significatif sur la survie.</p> <p><u>Dans le cancer du côlon et du rectum</u> : En pré-diagnostic, l'impact de l'AP sur la mortalité globale et la mortalité spécifique est significatif et plus probant avec une AP de forte intensité. Des résultats équivalents sont obtenus lorsque l'AP est pratiquée après diagnostic.</p> <p><b>La qualité de vie</b></p> <p>Les effets bénéfiques de l'AP sur la QV se déclinent en effets bénéfiques sur la fatigue liée au cancer (malgré l'hétérogénéité des études publiées), sur l'anxiété (+/- avec des résultats divergents selon les études), sur l'image corporelle, et sur la dépression avec des effets variables selon les phases du traitement des cancers.</p> <p><b>Concernant les autres impacts, il s'agit notamment :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- de l'amélioration des effets secondaires des traitements chirurgicaux en péri-opératoire et de la radiothérapie,</li><li>- des bénéfices métaboliques de l'activité physique régulière par le biais de la diminution de l'insulinorésistance, des effets sur le poids, la masse grasse totale et l'adiposité abdominale.</li></ul>
<p><b>Activité physique et hémopathies malignes</b></p> <p>Les différents travaux prospectifs publiés permettent de confirmer la faisabilité et la sécurité de l'activité physique au cours et au décours des traitements de chimiothérapie lourdes pour hémopathies aiguës, de transplantation de cellules souches hématopoïétiques ou de chimiothérapies séquentielles ambulatoires pour hémopathies chroniques, ainsi que la possibilité de proposer un programme ambulatoire d'activité physique à domicile.</p> <p>Par ailleurs ces études suggèrent un bénéfice en termes d'amélioration de la fatigue chronique, de la qualité de vie et des performances physiques par le biais d'exercices variés portant de façon plus ou moins combinée sur l'endurance aérobie ou la résistance, à confirmer par le biais d'études randomisées.</p>
<p><b>Activité physique chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes</b></p> <p>Globalement si les résultats ne sont pas toujours consistants en termes de bénéfices, on ne relève pas d'études qui mentionnent un risque identifié dans la pratique de l'AP en population pédiatrique.</p> <p>Les revues Cochrane et Baumann soulignent la faisabilité et l'absence d'effets secondaires des interventions comprenant un programme d'AP chez des enfants en cours de traitement.</p>

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Conseils d'hygiène de vie

Résultats de la recherche bibliographique				
Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Conseils d'hygiène de vie</b>				
Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche :134				
Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 4				
Nombre d'articles sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 6				
Nombre total d'articles sélectionnés : 10				
Période : 2009 à 2015				
Type d'étude/document : 1 méta-analyse, 3 revues de la littérature, 1 étude de cohorte, 1 étude observationnelle rétrospective, 3 recommandations professionnelles, un rapport scientifique				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Ancellin 2012 France	Alimentation et activité physique in "La vie deux ans après le diagnostic de cancer"	Etude observationnelle rétrospective nationale sur 4300 personnes ayant eu un cancer 2 ans plus tôt	Tous cancers
2	Thomson 2012 USA	Diet and breast cancer : understanding risks and benefits	Revue de la littérature : article princeps	Cancer du sein, en préventif, ou en après cancer
3	Van Blarigan 2015 USA	Role of physical activity and diet after colorectal cancer diagnosis	Revue de la littérature	Cancer du colon en après cancer
4	Davies 2011 Angleterre	The role of diet and physical activity in breast, colorectal and prostate cancer survivorship : a review of the literature	Revue de la littérature	Cancer du sein, du colon et de la prostate en après cancer
5	Senesse 2012 France	Nutrition chez le patient atteint de cancer : texte court des recommandations de la Société francophone de nutrition clinique et métabolique (SFNEP)	Recommandations professionnelles	Tous cancers
6	Senesse 2012 France	Nutrition chez le patient atteint de cancer : propositions de Plans personnalisés de soins intégrant les recommandations	Recommandations professionnelles	Tous cancers
7	Bachman 2009 France	Recommandations pour la pratique clinique : Nice Saint Paul de Vence 2009 "cancers du sein " et "soins de support"	Recommandations professionnelles	Cancers du sein
8	Kwan 2010 USA	Etude LACE : Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer : The Life After Cancer Epidemiology study	Etude de cohorte	1897 femmes diagnostiquées pour un cancer du sein à un stade précoce entre 1997 et 2000 et recrutées 2 ans en moyenne après le diagnostic
9	Druesse-Pecollo 2014 France	Alcohol drinking and second primary cancer risk in patients with upper aerodigestive tract cancers : a systematic review and meta-analysis of observational studies	Méta-analyse	Cancers ORL
10	INCa En cours de publication France	Effets de la consommation de tabac sur l'état de santé des patients atteints de cancer	Etat des lieux des connaissances	Tous cancers
Principaux résultats de l'analyse bibliographique				
<b>Nutrition</b>				
<u>Dans le cancer du sein</u> : Concernant les interventions proposées : il n'est pas sûr que les conseils diététiques donnés en post-traitement immédiat puissent avoir un impact sur le comportement alimentaire. Par contre les conseils diététiques dans les 2 ans d'après cancer s'avèrent efficaces sur les changements alimentaires (diminution de graisses, augmentation de fruits et légumes). Il semble y avoir un effet positif d'une alimentation saine pauvre en graisses et en sucres, riche en fibres et fruits et légumes sur la diminution du risque de récurrence et de mortalité.				
<u>Dans le cancer colorectal</u> : Sur la base du niveau de preuve actuellement disponible, il est raisonnable selon les auteurs de conseiller en après cancer une alimentation saine (limiter sucres raffinés, viande rouge, charcuterie et boissons sucrées.) associée à l'activité physique.				
La synthèse de la littérature sur les essais randomisés <u>pour les 3 cancers, sein, colorectal et prostate</u> (niveau de preuve plus faible) suggère que le rôle protecteur sur la récurrence et la progression du cancer, d'une association alimentation pauvre en graisses, riche en fibres, associée à l'activité physique est en lien avec le poids corporel. L'excès de poids serait donc un facteur de risque, modifiable grâce au style de vie.				
Il apparaît légitime de proposer d'inclure des conseils nutritionnels associés à l'activité physique dans les soins de support en après-cancer, du moins dans les cancers du sein et colorectaux.				
<b>Alcool</b>				
<u>Dans le cancer du sein</u> : Les résultats de l'étude LACE sont en faveur d'une augmentation significative associée à une consommation régulière d'alcool, du risque de récurrence et de décès par cancer dans les cancers du sein de stade précoce avec une majoration de ces risques chez les femmes ménopausées et celles en surpoids et obèses.				
<u>Dans les cancers ORL</u> : L'augmentation du risque de second cancer primitif liée à la consommation d'alcool, dans les cancers ORL incite à préconiser la réduction de la consommation d'alcool et à renforcer la surveillance dans cette population à risque.				
<b>Tabac</b>				
L'arrêt du tabagisme a un impact positif sur la survie, le risque de récurrence, la réponse aux traitements et la qualité de vie physique et psychique. L'aide au sevrage tabagique doit être proposée dans tous les types de cancers, précocement dès le diagnostic puis dans la durée.				

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Soutien psychologique des proches et des aidants

Résultats de la recherche bibliographique				
Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Soutien psychologique des proches et des aidants</b>				
Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche : 53				
Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 6				
Nombre d'articles sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 2				
Nombre total d'articles sélectionnés : 8				
Période : 2005 à 2014				
Type d'étude/document : 7 revues de la littérature (dont 1 revue Cochrane) et 1 essai randomisé				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Soum-Pouyalet 2005 France	Prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer : un aperçu mondial des programmes et des actions d'information et de soutien	Revue de la littérature	Tous cancers
2	Northouse 2012 USA	Psychological care for family caregivers of patients with cancer	Revue de la littérature (avec analyse de 5 méta-analyses)	Tous cancers
3	Griffin 2014 USA	Effectiveness of family caregiver interventions on patient outcomes in adults with cancer : a systematic review	Revue de la littérature (essais randomisés)	Tous cancers
4	Badr 2013 USA	A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer	Revue de la littérature et méta-analyse	Tous cancers mais principalement cancers du sein et de la prostate
5	Brandao 2014 USA	Psychological intervention with couples coping with breast cancer : a systematic review	Revue de la littérature	Couples faisant face à un cancer du sein ou un cancer gynécologique
6	Chambers 2011 Australia	A systematic review of psychosocial interventions for men with prostate cancer and their partners	Revue de la littérature	Hommes atteints de cancer de la prostate et leurs partenaires
7	Boele 2012 Pays Bas	Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients : a randomized controlled trial	Essai randomisé	Patients atteints de gliome cérébral de haut grade et leurs aidants naturels
8	Eccleston 2013 USA	Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness	Revue Cochrane	Parents d'enfants (sans limite d'âge inférieure et jusqu'à 19 ans) atteints de maladies chroniques dont cancer
Principaux résultats de l'analyse bibliographique				
<b>Un impact de la maladie sur l'ensemble du « groupe »</b>				
La maladie apparaît dans les différentes cultures comme un événement communautaire : c'est l'ensemble du groupe qui en est affecté et qui met en œuvre des stratégies de prise en charge qui lui sont propres. Plusieurs études montrent par ailleurs que l'amélioration de la QV des proches a également un impact sur la QV des patients.				
<b>Types d'interventions et modalités</b>				
Les interventions auprès d'aidants naturels de patients atteints de cancers ou de maladies chroniques peuvent réduire un grand nombre de ces effets négatifs et améliorer la capacité à gérer la maladie, les connaissances et la qualité de vie des aidants : il s'agit d'interventions de type psycho-éducatif, de renforcement des compétences, de conseils thérapeutiques. Dans la majorité des cas ces interventions ont été menées conjointement auprès des patients et des proches, suggérant que le "binôme" patient-proche est considéré comme une entité. Dans la plupart des références analysées, le soutien psychologique s'adresse au couple et non au proche aidant seul, le couple étant considéré comme une entité.				
Bien que les résultats des interventions auprès des couples soient en faveur d'un effet positif, le niveau de preuve reste discutable en raison d'une grande variabilité des résultats et des méthodes utilisées dans les différentes études, ainsi que le moment de l'intervention dans le parcours (diagnostic, traitement ou après cancer) : les auteurs recommandent de poursuivre la recherche en homogénéisant le design des études.				
<b>Populations particulières</b>				
Plusieurs études tendent à montrer que le soutien psychologique des proches doit être ciblé plutôt sur les proches de patients en cancers avancés, ou atteints de cancers affectant les fonctions cognitives et de communication, car plus à risque de détresse psychologique.				
<b>Cancers de l'enfant</b>				
La prise en charge psychologique des parents a un effet positif tant sur les symptômes des enfants que sur la santé mentale et la capacité à faire face à la maladie et à la résolution des problèmes des parents.				

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité

Résultats de la recherche bibliographique				
Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité</b>				
Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche : 77				
Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 2				
Nombre d'articles/documents sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 5				
Nombre total d'articles sélectionnés : 7				
Période : 2004 à 2013				
Type d'étude/document : 4 revues de la littérature, un rapport état des connaissances, une étude de cohorte, une étude observationnelle rétrospective				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Barton 2013 USA	Infertility, infertility treatment, and achievement of pregnancy in female survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort	Etude de cohorte (CCSSC suivant des patients survivant à 5 ans d'un cancer et qui avaient moins de 21 ans au diagnostic entre 1970 et 1986)	3531 femmes âgées de 18 à 39 ans et 1366 femmes contrôles
2	Bouhnik 2012 France	Projets parentaux et préservation de la fertilité in "La vie deux ans après le diagnostic de cancer"	Etude observationnelle rétrospective nationale sur 4300 personnes ayant eu un cancer 2 ans plus tôt	Hommes ayant effectué une autoconservation de sperme (16%), dont plus de la moitié atteints d'un LMNH (60%), femmes ayant bénéficié d'un prélèvement pour PF (2,2%) majoritairement (76%) atteintes d'un cancer du sein
3	Howard-Anderson 2012 USA	Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors : A systematic review	Revue de la littérature	Femmes de 50 ans et moins ayant eu un cancer du sein ou préménopausées au moment du diagnostic
4	INCa - Agence de la biomédecine 2012 France	Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité	Rapport : état des connaissances et propositions	Tous types de cancers
5	Tschudin 2009 Suisse	Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases	Revue de la littérature	Tous types de cancers
6	Deshpande 2015 USA	Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review.	Revue de la littérature	Tous types de cancers
7	Dow 2004 USA	Fertility options in young breast cancer survivors : A review of the literature	Revue de la littérature	Femmes jeunes ayant eu un cancer du sein
<b>Principaux résultats de l'analyse bibliographique</b>				
<b>Il y a très peu d'articles relatifs à des études objectivant directement les apports de la préservation de la fertilité (PF) en termes de Qualité de vie.</b>				
Les articles identifiés font état des différentes techniques de PF dans les cancers féminins et masculins et de leur efficacité sur la fertilité/les grossesses. Ils pointent cependant tous les forts enjeux de la PF en termes de gain de qualité de vie et sur la possibilité de mener à bien un projet parental.				
De plus, dans l'enquête VICAN 2 il est rapporté que le projet d'enfant a pu influencer le choix de traitement chez les femmes (17% d'entre elles, pas pour les hommes), sans qu'au final le traitement ait été modifié.				
<b>Il existe de grandes disparités dans l'information des patients sur la PF.</b>				
La systématisation du conseil et de l'information aux patients concernés, et la sensibilisation des professionnels sur les possibilités de préservation de la fertilité semblent indispensables.				
Les préconisations sont que la PF puisse être garantie à tous les jeunes patients atteints d'un cancer. Pour les enfants et adolescents : le bénéfice direct de la préservation de la fertilité n'apparaît pas évident pour ces jeunes patients qui ne se projettent pas encore dans le monde adulte.				
<b>Conclusions</b>				
Tous les articles concluent à la nécessité de mettre en place une prise en charge de PF, avec au moins information et conseil.				
Le manque de publications sur l'impact de la PF sur la QV pointe la nécessité de mener des études sur les apports de la PF en termes de gain en QV physique et psychique.				

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Prise en charge des troubles de la sexualité

Résultats de la recherche bibliographique				
<p>Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Prise en charge des troubles de la sexualité</b>            Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche : 71            Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 12            Nombre d'articles sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 1 (VICAN 2)            Nombre total d'articles sélectionnés : 13            Période : 2012 à 2015            Type d'étude/document : 1 méta-analyse, 6 essais randomisés, 4 revues de la littérature, une étude ancillaire d'un essai randomisé</p>				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Bouhnik 2012 France	Vie affective et conjugale in "La vie deux ans après le diagnostic de cancer"	Etude observationnelle rétrospective nationale sur 4300 personnes ayant eu un cancer 2 ans	Tous cancers
2	Kim 2015 Corée	The effectiveness of psychoeducational interventions focused on sexuality in cancer	Méta-analyse	Tous types de cancer ou études centrées sur cancers du sein, gynéco, prostate, colorectal
3	Perz 2015 Australie	The effectiveness of a minimal intervention for sexual concerns after cancer : a comparison of self-help and professionally delivered modalities	Essai randomisé	Tous types mais avec une prépondérance de cancers du sein, gynécologiques et cancers de la prostate
4	Bober 2012 USA	Sexuality in adult cancer survivors : Challenges and Intervention	Revue de la littérature	Sein, gynéco, prostate, testicule, cancer de vessie, colorectal, tête et cou, hémato
5	Hamilton 2015 Australie	Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer	Etude ancillaire d'un essai randomisé sur l'activité physique	Prostate
6	Wootten 2014 Australie	Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer	Revue de la littérature	Partenaires d'hommes atteints de cancer de la prostate
7	Chambers 2014 Australie	A randomised control trial of couples-based sexuality interventions for men with localised prostate cancer and their female partners	Essai randomisé	Hommes atteints de cancer localisé de la prostate et leurs partenaires
8	Siddons 2013 Australie	A randomised, wait list controlled trial : evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer	Essai randomisé	Hommes atteints de cancer localisé de la prostate traités par prosatectomie radicale
9	Nelson 2013 USA	Communication and Intimacy-Enhancing Interventions for Men Diagnosed with Prostate Cancer and Their Partners	Revue de la littérature	Hommes atteints de cancer localisé de la prostate et leurs partenaires
10	Duijts 2012 Pays Bas	Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy and Physical Exercise in Alleviating Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Patients With Breast Cancer: Results of a Randomized, Controlled, Multicenter Trial	Essai randomisé	Femmes atteintes de cancer du sein avec ménopause induite par le traitement
11	Chow 2015 Hong Kong, Chine	A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients	Revue de la littérature	Cancers gynécologiques
12	Reese 2014 USA	A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer	Essai randomisé	Patients atteints de Cancers colorectaux en après traitement (majoritairement hommes) et leurs partenaires
13	Schover 2013 USA	Efficacy trial of an internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction	Essai randomisé	Patientes atteintes de cancers du sein ou gynécologiques en après traitement (de 1 à 7 ans)
Principaux résultats de l'analyse bibliographique				
<p><b>Il apparaît nécessaire d'évoquer les troubles de la sexualité liés au cancer/au traitement, d'informer et d'orienter le patient en intra-hospitalier ou en ville vers des personnes compétentes.</b>            La plupart des interventions sont réalisées auprès du couple. Les interventions psychologiques (cognitivo-comportementales, psychoéducatives) spécifiques semblent être plus appropriées que l'intervention d'une infirmière pour répondre aux besoins des patients et de leurs partenaires.</p> <p>Dans le cancer de la prostate, il apparaît nécessaire d'aborder ce type de prise en charge de façon globale dans ses différentes dimensions (la relation de couple, la dysfonction sexuelle, la détresse du partenaire) et d'adapter les types d'intervention en fonction de ces différents domaines. De plus les interventions à visée psychologiques semblent d'autant plus efficaces que les couples sont en détresse psychologique. Les interventions sont d'autant plus efficaces que les personnes sont en détresse émotionnelle et/ou présentent des troubles de la fonction sexuelle, ce qui incite à proposer une détection initiale des besoins et à cibler les interventions sur les personnes plus à risque.</p>				

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Préservation de l'image corporelle ou socio-esthétique

Résultats de la recherche bibliographique				
<p>Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Préservation de l'image corporelle ou socio-esthétique</b>            Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche : 38            Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 8            Nombre d'articles sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 0            Nombre total d'articles sélectionnés : 8            Période : 2011 à 2015            Type d'étude/document : 1 méta-analyse, 2 essais randomisés, 5 revues de la littérature dont 2 méthode Cochrane</p>				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Fingeret 2014 USA	Managing body image difficulties of adult cancer patients	Revue de la littérature	Tous cancers
2	Speck 2010 USA	Changes in the Body Image and Relationship Scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema	Essai randomisé	Femmes en rémission d'un cancer du sein (unilatéral, non métastatique, diagnostiqué depuis 1 an et plus) avec ou à risque de lymphoedème
3	Fang 2013 Taiwan	The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy : a meta-analysis	Méta-analyse	Méta-analyse regroupant des études de mesure de l'image corporelle chez des femmes atteintes de cancer du sein avec comparaison de reconstruction mammaire après mastectomie vs chirurgie conservatrice ou chirurgie conservatrice vs mastectomie radicale modifiée
4	Mehnert 2011 Allemagne	Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image and health related quality of life among breast cancer patients	Essai randomisé	Femmes atteintes de cancers du sein non métastatique en post -traitement
5	Paterson 2015 USA	Body image in younger breast cancer survivors	Revue de la littérature	Femmes ayant eu un cancer du sein dans les 5 ans et considérées comme plus jeunes dans la comparaison des résultats des études
6	Fingeret 2015 USA	Body image : a critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer	Revue de la littérature	Cancers ORL
7	Bradt 2015 USA	Dance/movement therapy for improving psychological and physical outcomes in cancer patients	Revue de la littérature (Cochrane collaboration) 3 études sélectionnées	Femmes ayant été traitées d'un cancer du sein dans les 5 ans
8	Bradt 2015 USA	Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients	Revue de la littérature (Cochrane collaboration) 30 études sélectionnées	Tous cancers
Principaux résultats de l'analyse bibliographique				
<p>Il existe de nombreuses méthodes d'évaluation (échelles de mesure) de l'image corporelle mentionnées dans les différents articles.</p> <p><b>Conclusions selon les techniques d'intervention</b>            Les interventions de type cognitivo-comportementales semblent les plus efficaces sur l'amélioration de l'image corporelle. Selon les revues Cochrane, le niveau de preuve de l'effet sur l'image corporelle de la danse/thérapie par le mouvement ou de la musicothérapie n'est pas établi.            Il n'y a pas d'études "evidence-based" en faveur de l'apport de la socio-esthétique sur les troubles de l'image corporelle,</p> <p><b>Conclusions selon les types de populations</b>            Des problématiques propres au cancer du sein ont été mises en évidence avec un impact sur l'image corporelle, la sexualité, la fertilité, et un impact psychologique.            Il manque du niveau de preuve sur le retentissement sur l'image corporelle des cancers ORL.            Des indicateurs de "fragilité" du vécu de l'image corporelle pourraient permettre de repérer les patients plus à risque et de proposer des interventions en priorité à ce type de patients :            Les femmes plus jeunes sont à risque de développer des symptômes psychologiques pendant et après le traitement, et le traitement a une influence sur l'impact sur l'image corporelle. Seule l'activité physique semble avoir un effet positif sur l'image corporelle dans cette population.</p>				

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### Techniques particulières d'analgésie

Résultats de la recherche bibliographique				
<p>Catégorie de soins de support analysés dans la littérature : <b>Techniques particulières d'analgésie</b>            Nombre d'articles identifiés par l'équation de recherche : 116            Nombre d'articles sélectionnés après analyse des abstracts : 4            Nombre d'articles sélectionnés par recherche manuelle complémentaire : 3            Nombre total d'articles sélectionnés : 7            Période : 2006 à 2015            Type d'étude/document : 6 revues de la littérature et 1 étude observationnelle</p>				
Numéro	Premier auteur, année, pays	Titre	Type d'étude / de document	Type de cancer / stade de cancer / populations spécifiques
1	Montgomery 2012 USA	Hypnosis for cancer care : over 200 years young	Revue de la littérature	Tous cancers
2	Liossi 2006 Grande Bretagne	Hypnosis in cancer care	Revue de la littérature	Tous cancers adulte et enfant
3	Tomé-Pires 2012 Espagne	Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children	Revue de la littérature	Cancers de l'enfant (age inférieur ou égal à 18 ans)
4	Gueguen 2015 France	Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose	Expertise INSERM : revue de la littérature scientifique et de la littérature destinée aux professionnels	Non ciblé cancer
5	Bao 2014 Chine	Complementary and alternative medicine for cancer pain : an overview of systematic reviews	Revue des revues de la littérature et des méta-analyses	Tous cancers
6	Hökka 2014 Finlande	A systematic review : non-pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer	Revue de la littérature	Tous cancers en stade avancé ou stade métastatique : Sein, poumon, gastrique, colorectal, pancréas, prostate,
7	Dupoiron 2011 France	Douleur chronique cancéreuse et analgésie intrathécale : expérience de trois centres de lutte contre le cancer	Etude observationnelle	Tous cancers avec douleurs cancéreuses importantes et instables malgré un traitement oral bien conduit
Principaux résultats de l'analyse bibliographique				
<p><b>L'hypnose</b> semble être efficace contre les douleurs post-chirurgicales de l'adulte, les douleurs post-transplantation de moëlle osseuse, les symptômes digestifs post-chimiothérapie, en association avec une diminution de l'anxiété.            L'hypnose semble être efficace dans le traitement de la douleur et l'anxiété de l'enfant.            Dans l'expertise INSERM, l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou d'analgésiques en per opératoire. Par ailleurs il existe différentes formations à l'hypnose dont certaines sont réservées aux professionnels de santé et d'autres sont ouvertes à d'autres publics.</p> <p>Autres <b>thérapies alternatives complémentaires (TAC)</b>  <b>Les TAC</b> semblent avoir un effet bénéfique sur la douleur en cancérologie, mais les niveaux de preuve retrouvés étaient faibles à modérés et nécessitent d'être confirmés par de larges essais randomisés .</p> <p><b>Analgésie intrathécale</b>            Les résultats d'une étude observationnelle menée dans trois centres français de lutte contre le cancer incluant 97 patients, qui ont bénéficié d'une pharmacothérapie intrathécale à visée antalgique, délivrée grâce à une pompe implantée, pour un total de 11 981 jours de traitement, montrent que dans la population étudiée (douleurs cancéreuses instables malgré un traitement oral bien conduit, sélection rigoureuse des patients), le traitement par voie intrathécale a permis un soulagement moyen de plus de 50 % de l'intensité douloureuse sur l'échelle numérique (E.N.) (<math>3,65 \pm 0,46</math> à un mois de traitement contre <math>7,9 \pm 0,27</math>, <math>p &lt; 0,001</math>).            Du fait de la mise en place de procédures spécifiques, notamment en termes d'asepsie (gestes techniques d'implantation et remplissage de la pompe), les complications sont restées moins fréquentes que dans la littérature internationale.            Cette étude démontre l'intérêt (en termes d'efficacité et sécurité) de recourir à une pharmacothérapie antalgique intrathécale délivrée par pompe implantée chez des patients cancéreux sélectionnés.</p>				



## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Il s'agit des 54 références complètes des publications analysées et présentées au groupe d'experts pour l'élaboration des recommandations sur le contenu actualisé du panier en soins de support.

#### Activité physique

« Bénéfices de l'activité physique pendant et après cancer : Des preuves scientifiques aux conseils pratiques », collection État des connaissances, INCa, publication prévue en 2016.

#### Conseils d'hygiène de vie

Ancellin R, Bendiane M, Gaillot J. Alimentation et activité physique *in* « La vie deux ans après un diagnostic de cancer-De l'annonce à l'après cancer », collection études et enquêtes, INCa, juin 2014

Thomson C. Diet and Breast cancer : Understanding Risks and Benefits. *Nutrition in Clinical Practice* 2012 ;27(5):636-650

Van Blarigan E, Meyerhardt J. Role of physical activity and diet after colorectal cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 2015 ;33:1825-1834

Davies NJ, Batehup L, Thomas R. The role of diet and physical activity in breast, colorectal, and prostate cancer survivorship : a review of the literature. *British Journal of Cancer* 2011 ;105:S52-S73

Senesse P, Bachmann P, Bensadoun R, Besnard I et al. Recommandations professionnelles : Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. *Nutrition clinique et métabolisme* 2012 ;26:150-158

Senesse P, Hébuterne X, le groupe de travail. Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer. Recommandations professionnelles : Propositions de Plans Personnalisés de Soins (PPS) intégrant les recommandations. *Nutrition clinique et métabolisme* 2012 ;26:159-164

Bachmann P, Chauvin F, Martel P, Sénesse P, Vasson M-P, Zelek L. Recommandations pour la pratique clinique : Nice Saint-Paul de Vence 2009 « cancers du sein » et « soins de support ». Partie II-Soins de support. *Nutrition. Oncologie* 2009 ;11:711-727

Kwan M, Kushi L, Weltzien E, et al. Alcohol consumption and breast cancer recurrence and survival among women with early-stage breast cancer : The life after cancer epidemiology study. *J Clin Oncol* 2010 ;28:4410-4416

Druesne-Pecollo N, Keita Y, Touvier M et al. Alcohol and second primary cancer risk in patients with upper aerodigestive tract cancers : A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2014 ;23:324-331

« Systématiser l'accompagnement à l'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer : Argumentaire scientifique », collection État des connaissances, INCa, publication prévue en 2016.

#### Soutien psychologique des proches et des aidants

Soum-Pouyalet F, Hubert A, Dilhuydy J.-M, Kantor G. Prise en compte de l'entourage des patients atteints de cancer : un aperçu mondial des programmes et des actions d'information et de soutien. *Oncologie* 2005 ;7 :323-328

Northouse L, Williams A-L, Given B, et al. Psychosocial care for family caregivers of patients with cancer. *J Clin Oncol* 2012 ;30:1227-1234

Griffin JM, Meis LA, Macdonald R, et al. Effectiveness of family and caregivers interventions on patient outcomes in adults with cancer: a systematic review. *J Gen intern Med* 2014 ;29(9):1274-82

Badr H, Krebs P. A systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions for couples coping with cancer. *Psycho-Oncology* 2013 ;22:1688-1704

Brandão T, Schultz M, Mena Matos P. Psychological intervention with couples coping with breast cancer: a systematic review. *Psychology & Health*, 2014 ;29 (5):491-516

Chambers SK, Pinnock C, Lepore SJ, et al. A systematic review of psychosocial interventions for men with prostate cancer and their partners. *Patient education and counseling* 2011 ;85:75-88

Boele FW, Hoeben W, Hilverda K, et al. Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *J Neurooncol* 2013 ;111:303-311

Eccleston C, Palermo TM, Fisher E, et al. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012 ;8:1-77

#### Soutien à la mise en œuvre de la préservation de la fertilité

Barton S, Najita J, Ginsburg E, et al, Robison LL, Diller L. Infertility, infertility treatment, and achievement of pregnancy in female survivors of childhood cancer: a report from the Childhood Cancer Survivor Study cohort. *Lancet Oncol* 2013 ;14(9):873-81

Bouhnik A-D, Mancini J. Projets parentaux et préservation de la fertilité *in* « La vie deux ans après un diagnostic de cancer-De l'annonce à l'après cancer », collection études et enquêtes, INCa, juin 2014

Howard-Anderson J, Ganz PA, Bower JE, et al. Quality of life, fertility concerns, and behavioral health outcomes in younger breast cancer survivors : A systematic review. *J Natl Cancer Inst* ;2012, 104:386-405

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Conséquences des traitements des cancers et préservation de la fertilité. État des connaissances et propositions. Agence de la biomédecine, INCa 2012

Tschudin S, Bitzer J. Psychological aspects of fertility preservation in men and women affected by cancer and other life-threatening diseases. *Hum. Reprod. Update*, 2009 ; 15(5):587-97

Deshpande NA, Braun IM, Meyer FL. Impact of fertility preservation counseling and treatment on psychological outcomes among women with cancer: A systematic review. *Cancer*, 2015; 121(22):3938-47

Dow KH, Kuhn D. Fertility options in young breast cancer survivors: a review of the literature. *Oncol Nurs Forum*. 2004, 31(3):E46-53

### Prise en charge des troubles de la sexualité

Bouhnik A-D, Mancini J. Sexualité, vie affective et conjugale. *in* « La vie deux ans après un diagnostic de cancer-De l'annonce à l'après cancer », collection études et enquêtes, INCa, juin 2014

Kim J-H, Yang Y, Hwang E-S. The Effectiveness of Psychoeducational Interventions Focused on Sexuality in Cancer. *Cancer Nurs*, 2011; 38(5):E32-42.

Perz J, Ussher J, Australian Cancer and Sexuality Study Team. A randomized trial of a minimal intervention for sexual concerns after cancer: a comparison of self-help and professionally delivered modalities. *BMC Cancer*. 2015; 15:629-44

Bober S, Varela V. Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *J Clin Oncol*. 2012;30(30):3712-9

Hamilton K, Chambers S, Legg M, et al. Sexuality and exercise in men undergoing androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Support Care Cancer*. 2015; 23(1):133-42

Wooten A, Abbott J, Farrell A, et al. Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer: a systematic and critical review of the literature. *J Cancer Surviv*. 2014; 8(3):472-84

Chambers S, Occhipinti S, Schover L, et al. A randomised controlled trial of a couples-based sexuality intervention for men with localised prostate cancer and their female partners. *Psycho-oncology* 2015;24(7):748-56

Siddons H, Wooten A, Costello A. A randomised, wait-list controlled trial: evaluation of a cognitive-behavioural group intervention on psycho-sexual adjustment for men with localised prostate cancer. *Psycho-oncology*. 2013; 22(10):2186-92

Nelson C, Kenowitz J. Communication and intimacy-enhancing interventions for men diagnosed with prostate cancer and their partners. *J Sex Med*. 2013 ; 10 Suppl 1:127-32

Duijts S, Van Beurden M, Oldenburg H et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized,

controlled, multicenter trial. *J Clin Oncol*. 2012; 30(33):4124-33

Chow KM, Chan C, Chan J, et al. A feasibility study of a psychoeducational intervention program for gynecological cancer patients. *Eur J Oncol Nurs*. 2014 ; 18(4):385-92

Barsky Reese J, Porter L, Regan K, et al. A randomized pilot trial of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. *Psycho-oncology*. 2014; 23(9):1005-13

Schover L, Yuan Y, Fellman B, et al. Efficacy trial of an Internet-based intervention for cancer-related female sexual dysfunction. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013; 11(11):1389-97

### Prise en charge des troubles de l'image corporelle (ou socio-esthétique)

Fingeret M, Teo I, Epner D. Managing body image difficulties of adult cancer patients. *Cancer* 2014 ;120 (5):633-641

Speck R, Gross C, Hormes J. Changes in the body image and relationship scale following a one-year strength training trial for breast cancer survivors with or at risk for lymphedema. *Breast Cancer Res Treat* 2010 ;121:421-430

Fang S-Y, Shu B-C, Chang Y-J. The effect of breast reconstruction surgery on body image among women after mastectomy : A meta analysis. *Breast Cancer Res Treat* 2013 ;137:13-21

Mehnert A, veers S, Howaldt D et al. Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image and health-related quality of life among breast cancer patients. *Onkologie* 2011 ;34:248-253

Paterson C, Lengacher C, Donovan K. Body image in younger breast cancer survivors. *Cancer Nursing* 2016 ;39(1):39-58

Fingeret M, Teo I, Goettsch K. Body image : A critical psychosocial issue for patients with head and neck cancer. *Curr oncol Resp* 2015 ;17:422-427

Bradt J, Shim M, Goodwill S. Dance/movement therapy for improving psychosocial and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2015 ;1:1-44

Bradt J, Dileo C, grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychosocial and physical outcomes in cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 ;8:1-97

### Techniques particulières d'analgésie

Montgomery G, Schnur J, Kravits K. Hypnosis for cancer care : Over 200 Years Young. *CA Cancer J Clin* 2012 ;63:31-44

Lioffi C. Hypnosis in cancer care. *Contemp. Hypnosis* 2006 ;23(1):47-57

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Tomé-Pires C, Miro J. Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. Intl ; Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2012 ;60(4):432-457

Gueguen J, Barry C, hassler C, Falissard Bruno. Evaluation de l'efficacité de l'hypnose. Expertise scientifique. INSERM 2015.<http://www.inserm.fr>

Bao Y, Kong X, Yang L, et al. Complementary and alternative medicine for cancer pain : An overview of systematic reviews. Evidence-Based complementary and Alternative Medicine 2014 ;2014:p.170396

Hokka M, Kaakinen P, Pölkki T. A systematic review : non pharmacological interventions in treating pain in patients with advanced cancer. J Adv Nurs. 2014 ;70(9):1954-69

Dupoiron D, Lefebvre-Kuntz D, Brenet O et al. Douleur chronique cancéreuse et analgésie intrathécale : expérience de trois centres de lutte contre le cancer. Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement 2011 ;12 :140-146

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE



**AXES OPPORTUNS D'ÉVOLUTION DU PANIER DE SOINS ONCOLOGIQUES DE SUPPORT  
/RÉPONSE SAISINE**



52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr

Édité par l'Institut National du Cancer  
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-236-1  
ISBN net : 978-2-37219-237-8

DEPÔT LÉGAL OCTOBRE 2016

## ANNEXE : RAPPORT EXPERTISE

Pour plus d'informations  
**e-cancer.fr**

Institut National du Cancer  
52, avenue André Morizet  
92100 Boulogne-Billancourt  
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00  
diffusion@institutcancer.fr

ADAOEPS016

[e-cancer.fr](http://e-cancer.fr)



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

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 de la bioéthique et des éléments  
et produits du corps humain

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau qualité et sécurité des soins

#### **Instruction n° DGS/PP4/DGOS/PF2/2017/77 du 3 mars 2017 relative à la dispensation des facteurs anti-hémophiliques VIII et IX**

NOR : AFSP1707104J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 16 décembre 2016. – Visa CNP 2016-191.

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

*Résumé* : la présente instruction a pour objet de rappeler que les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé doivent être en mesure de dispenser sans modification les facteurs anti-hémophiliques VIII et IX prescrits, à l'exception des cas justifiés des situations d'urgence médicale.

*Mots clés* : hémophilie – médicaments dérivés du sang – analogues recombinants – facteurs VIII et IX de la coagulation – inhibiteurs – pharmacies à usage intérieur – approvisionnement – conditions de prescription et de délivrance.

*Références* : articles L. 5126-2, L. 5126-4, R. 5126-102 et suivants du code de la santé publique.

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

Parmi les déficits constitutionnels sévères en protéines coagulantes, l'hémophilie A, liée à un déficit en facteur VIII de la coagulation, représente 80 % des hémophilies recensées et l'hémophilie B, liée à un déficit en facteur IX de la coagulation, environ 20 %. Le traitement repose sur l'administration de facteurs VIII et IX anti-hémophiliques. Ces facteurs sont obtenus soit par fractionnement et purification à partir de plasma humain, soit par recombinaison génétique.

La complication majeure de ce traitement substitutif est liée à l'apparition d'anticorps circulants, inhibiteurs, en particulier dans la population des patients souffrant d'hémophilie sévère généralement dépistée dans la petite enfance et ceci dès l'initiation du traitement substitutif.

Des études sont actuellement réalisées par le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'EMA (Agence européenne du médicament) concernant l'analyse des risques d'apparition d'inhibiteurs.

Ainsi, en l'état actuel des connaissances et en dehors d'une part du cas particulier des médicaments strictement équivalents et d'autre part en dehors des situations d'urgence médicale, les pharma-

ciens dispensent sans modification les spécialités pharmaceutiques de facteurs anti-hémophiliques, prescrites par le médecin en charge du patient hémophile et en accord avec lui, le cas échéant en recourant à un approvisionnement en urgence garanti.

Il est rappelé que les facteurs anti-hémophiliques, médicaments dérivés du sang et analogues recombinants, relèvent de la catégorie des médicaments à prescription hospitalière semestrielle. Leur délivrance est réservée aux pharmacies à usage intérieur (PUI) et pour les médicaments dérivés du sang, aux établissements de transfusion sanguine autorisés pour les malades qui y sont traités. Les facteurs anti-hémophiliques peuvent être dispensés aux patients non hospitalisés par les PUI autorisées à la rétrocession.

Compte tenu de ces éléments, il est demandé aux pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ainsi qu'aux établissements de transfusion autorisés, de répondre aux demandes qui leur sont présentées, à l'exception des cas justifiés des situations d'urgence médicales, dans le respect de l'article R. 4127-36 du code de la santé publique.

Un bilan de la présente instruction sera réalisé 6 mois après sa publication.

Nos services se tiennent à votre disposition pour toute précision.

Vu par le secrétaire général des ministères  
chargés des affaires sociale :

*Le secrétaire général,*  
P. RICORDEAU

Pour la ministre et par délégation :

Pour la directrice générale de l'offre de soins :

*Le directeur général de la santé,*  
Pr B. VALLET

*La cheffe de service,*  
K. JULIENNE

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction régulation de l'offre de soins

Bureau prises en charge post-aiguës,  
pathologies chroniques et santé mentale

*Direction générale de la santé*

Sous-direction de la santé des populations  
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau de la santé mentale (SP4)

**Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement**

NOR : AFSH1710003J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 mars 2017. – Visa CNP 2017-31.

Visée par le SG-MCAS le 28 mars 2017.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

*Résumé* : l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 3222-5-1 qui dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques. La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre prévu par la loi dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement ainsi que l'utilisation des données au sein de chaque établissement, aux niveaux régional et national pour le suivi de ces pratiques.

*Mots clés* : contention – isolement – registre – soins sans consentement – soins psychiatriques.

*Références* : loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

*Annexes* :

Annexe I. – Contenu du registre des établissements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, à remplir pour chaque mesure d'isolement et chaque mesure de contention mécanique.

Annexe II. – Enquête nationale : indicateurs et modalités de recueil.

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

L'article L. 3222-5-1, introduit au sein du code de la santé publique par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dispose que l'isolement et la contention sont des pratiques devant être utilisées en dernier recours et énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques.



Cette disposition s'inscrit dans le cadre d'une politique déterminée de prévention, de réduction et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention partagée au niveau européen. Les recommandations du comité des ministres du Conseil de l'Europe<sup>1</sup> affirment ainsi la nécessité d'évaluer les risques liés à ces pratiques, de réexaminer régulièrement la pertinence de leur mise en œuvre et d'organiser leur traçabilité.

L'article L. 3222-5-1 prévoit la création d'un registre dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. La présente instruction vise à préciser les modalités de mise en œuvre du registre et l'utilisation des données recueillies au niveau des établissements, des régions et de l'État.

L'article L. 3222-5-1 s'inscrit dans le code de la santé publique au sein du chapitre consacré aux établissements de santé chargés d'assurer les soins sans consentement. La présente instruction ne traite donc pas des pratiques restrictives de liberté qui sont susceptibles d'exister dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie mais non désignés pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, dans les établissements de santé exerçant une activité autre que la psychiatrie ou dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette instruction est complétée par les recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS.

## I. – RAPPEL DU CADRE LÉGAL ET DE L'OBJECTIF DE RÉDUCTION DU RECOURS AUX PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique dispose que lorsqu'une personne présentant des troubles psychiques fait l'objet de soins psychiatriques sans son consentement, « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

En dehors des soins sans consentement, le recours à l'isolement ou à la contention pour des personnes en soins libres doit être limité aux cas prévus par la circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil). Cette dernière précise que les personnes dites en soins psychiatriques libres ont le droit, « sous les réserves liées au bon fonctionnement du service, de circuler librement dans l'établissement et ne peuvent en aucun cas être installées dans des services fermés à clef ni *a fortiori* dans des chambres verrouillées. Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation en soins sans consentement ».

Si la mise en isolement et la contention peuvent être considérées comme nécessaires dans certaines situations qui doivent rester exceptionnelles et limitées dans le temps, la contrainte particulière qu'elles représentent pour les personnes concernées justifie qu'elles fassent l'objet d'un suivi spécifique et systématique prévu par la loi. Le comité des ministres du Conseil de l'Europe, le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), la contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) émettent depuis plusieurs années des recommandations en ce sens. La CGLPL constate ainsi de façon récurrente, lors de ses visites<sup>2</sup>, des pratiques hétérogènes selon les établissements et, au sein des établissements, entre services et recommande un suivi quantitatif et qualitatif de ces pratiques notamment par la création d'un registre.

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique traduit la volonté du législateur de suivre ces recommandations :

– en insistant, d'une part, sur le caractère exceptionnel de ces pratiques :

« l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin » ;

<sup>1</sup> Recommandation 2004-10 du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

<sup>2</sup> Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Contrôle général des lieux de privation de liberté, Dalloz, mai 2016, disponible sur [http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL\\_Rapport-isolement-et-contention\\_Dalloz.pdf](http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2016/07/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf)<http://www.cgpl.fr>

- en prévoyant, d'autre part, d'assurer leur traçabilité pour permettre à la fois un contrôle et une évolution des pratiques à partir de données objectives :

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».

Si le recueil de pratiques au sein d'un registre permet aux organismes et personnes habilités à le consulter de remplir leurs missions, il doit aussi servir à alimenter la réflexion de la communauté médico-soignante sur ses pratiques et leurs évolutions.

#### A. – DES MESURES DE PROTECTION DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE

La contention et l'isolement constituent des mesures de protection du patient et de son entourage dans l'unité de soins mais ne peuvent répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. En conséquence, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), le recours à l'isolement et à la contention doit relever d'une nécessité médicale. Les modalités de mise en œuvre de cette recommandation dans les établissements feront l'objet de travaux interministériels des ministères de la santé, de la justice et de l'intérieur.

La mise en œuvre des recommandations de bonne pratique au sein des unités pour malades difficiles (UMD) et des UHSA tient compte des particularités cliniques et de fonctionnement de ces unités.

Le recours à ces pratiques s'inscrit dans un processus complexe justifié par l'état clinique du patient et qui requiert que soient tracées dans le dossier médical *a minima* la décision, la délivrance de soins, la surveillance professionnelle de proximité.

Dans sa partie relative à la sécurité incendie et aux secours, ainsi qu'à la formation du personnel à la sécurité incendie, le règlement intérieur de chaque établissement prend en compte l'existence d'espaces d'isolement et détermine les procédures et dispositifs nécessaires à la sécurité et au secours des personnes placées dans ces espaces.

##### a) La mesure d'isolement ou de contention sur décision d'un psychiatre

La mesure d'isolement ou de contention sur décision d'un psychiatre ne peut être prise que sur les éléments cliniques d'un examen médical. Elle doit être motivée au sein du dossier médical du patient afin d'en justifier le caractère adapté, nécessaire et proportionné à l'état clinique du patient. Elle comprend des éléments permettant de décrire la prévention d'un dommage imminent ou immédiat. La motivation doit notamment faire apparaître les mesures mises en œuvre au préalable sans succès afin d'établir qu'elle est réellement prise en dernier recours.

Aucune décision ne peut être prise par anticipation ni avec l'indication « si besoin ». Dès la décision prise, les professionnels de santé doivent rechercher les moyens de lever ces mesures dans les plus brefs délais afin de garantir le caractère limité dans le temps de la contrainte.

Les logiciels d'informatisation du dossier médical du patient doivent prévoir la traçabilité de la décision médicale et du suivi de la mesure (soins, surveillance...)

##### b) L'isolement dans un espace dédié

Tout isolement ne peut se faire que dans un espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants, quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement. L'isolement dans une chambre ordinaire est donc proscrit. La sécurité du patient dont l'état clinique justifie un isolement exige en effet un lieu adapté et dédié. La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique. Les espaces d'isolement ne doivent pas être comptabilisés dans les capacités de l'établissement pour le calcul des taux d'occupation.

c) La contention mécanique

La contention mécanique consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit dans un espace dédié.

Des recommandations pour la pratique clinique sur l'isolement et la contention ont été publiées par la Haute autorité de santé (HAS<sup>3</sup>).

Ces textes préciseront les modalités détaillées de mise en œuvre de ces mesures (indications, contre-indications, qualité du médecin auteur de la décision, fréquence de la surveillance infirmière, information du patient, durée maximum, levée de la mesure, analyse de la levée avec le patient, temps de reprise en équipe...)

B. – UNE POLITIQUE POUR LIMITER LE RECOURS À CES PRATIQUES  
DÉFINIE AU SEIN DE CHAQUE ÉTABLISSEMENT

La limitation des mesures de restriction de liberté est intégrée au sein du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la commission médicale d'établissement (CME), au sein du projet médical de l'établissement et le cas échéant au sein du projet médical partagé.

La CME est informée chaque trimestre de la situation quantitative des mesures et organise le suivi qualitatif en lien avec le département d'information médicale afin d'analyser et d'interpréter les données recueillies entre services et pôles.

L'évaluation du recours à ces pratiques fait partie du programme de développement professionnel continu (DPC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) (audits sur les chambres d'isolement, par exemple).

Les perspectives d'amélioration sont basées sur l'élaboration de protocoles précis (par exemple protocole de désescalade, dispositifs de prévention des moments de violence<sup>4</sup>), le DPC (plans de formation des personnels concernés), l'aménagement d'espaces dédiés dans les établissements non pourvus, des améliorations architecturales et le développement de mesures alternatives.

La commission des usagers est associée à la politique définie pour limiter le recours à la contention et à l'isolement.

La mise en œuvre d'une politique et d'une organisation au sein de l'établissement doit permettre d'atteindre le niveau d'exigence désormais attendu par les recommandations de bonne pratique : à terme les établissements doivent être équipés d'espaces dédiés à l'isolement et disposer de protocoles de recours à la contention et à l'isolement.

La loi prévoit toutefois la mise en œuvre immédiate d'un registre.

II. – CHAMP D'APPLICATION ET CONTENU DU REGISTRE (cf. annexe I)

A. – ÉTABLISSEMENTS DÉSIGNÉS POUR ASSURER DES SOINS SANS CONSENTEMENT,  
PATIENTS FAISANT L'OBJET DE MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT DANS CES ÉTABLISSEMENTS

L'article L. 3222-5-1 s'applique, dès la publication de la loi, aux établissements autorisés en psychiatrie désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins sans consentement. Le registre recense les mesures relatives aux patients qui font l'objet de soins sans consentement. Les ARS veillent à la mise en place effective d'un registre, distinct du registre prévu par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique qui recense les admissions en soins sans consentement et les pièces de procédure afférentes.

B. – ESPACE D'ISOLEMENT

L'intention du législateur porte sur l'isolement entendu comme le placement du patient au sein d'un espace d'isolement<sup>5</sup> c'est-à-dire un espace fermé, dédié, aménagé pour cette utilisation, permettant une surveillance par les professionnels soignants, et dont l'utilisation a fait l'objet de recommandations, quelle que soit la dénomination adoptée par l'établissement. Dans les établis-

<sup>3</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale).

<sup>4</sup> Outil d'amélioration des pratiques, HAS, « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie ».

<sup>5</sup> Le terme « isolement » correspond à une rédaction de compromis permettant de concilier la rédaction initiale de l'Assemblée nationale (« placement en chambre d'isolement ») et la position exprimée par le Sénat (« admission en chambre d'isolement ») ([http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3215.asp#P2010\\_480214](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3215.asp#P2010_480214)).

sements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, le registre recense donc les mesures d'isolement dans un espace dédié. Ces éléments doivent permettre de définir des axes d'amélioration pour réduire le recours à ces pratiques.

Le registre recense par ailleurs, de façon distincte, les mesures d'isolement réalisées dans un autre lieu dans le cas d'une indisponibilité temporaire de l'espace dédié. Ces situations d'isolement en dehors de l'espace dédié doivent toutefois rester très exceptionnelles, intervenir à titre dérogatoire et être motivées dans le dossier médical du patient. Leur répétition, le cas échéant, doit faire l'objet d'un plan d'action de mise en conformité des pratiques, au sein de l'établissement, par rapport aux recommandations de la HAS.

#### C. – CONTENTION MÉCANIQUE

Dans les établissements autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer les soins sans consentement, le registre recense les mesures de contention mécanique réalisées dans le cadre d'une mesure d'isolement.

Le registre recense également, de façon distincte, les mesures de contention réalisées à titre dérogatoire en dehors d'une mesure d'isolement, lorsque l'espace dédié n'est pas disponible, et ne relevant pas des cas exceptionnels prévus par les recommandations de bonne pratique cités ci-après. Ces mesures sont motivées au sein du dossier médical du patient. Elles doivent faire l'objet d'un plan d'action de mise en conformité des pratiques, au sein de l'établissement, par rapport aux recommandations de la HAS.

Le registre recense par ailleurs, de façon également distincte, les mesures de contention mécanique par des moyens ambulatoires en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique (dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient). Ces éléments doivent permettre de définir des axes d'amélioration pour réduire le recours à ces pratiques.

#### D. – CONTENU DU REGISTRE

Le registre est un document administratif établi sous la responsabilité du directeur d'établissement.

Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le registre mentionne l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé.

L'article R. 4311-6 (3°) du code de la santé publique dispose que dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit notamment la surveillance des personnes en chambre d'isolement. La surveillance est donc confiée aux infirmiers du service sans qu'il soit nécessaire de les désigner nominativement préalablement. Le nom sera porté au registre lorsqu'ils réalisent la surveillance.

Le législateur a souhaité affirmer l'initiative médicale de ces mesures de protection du patient et de son entourage, c'est pourquoi l'article L. 3222-5-1 dispose qu'il n'est procédé à la contention ou l'isolement que sur décision médicale.

### III. – UTILISATION ET RESTITUTION DES DONNÉES DU REGISTRE

#### A. – PAR L'ÉTABLISSEMENT

##### a) Au sein d'un rapport annuel

À partir des données de son système d'information et de la réflexion menée au niveau de ces instances, l'établissement établit annuellement un rapport rendant compte :

- des pratiques d'isolement et de contention au regard des recommandations pour la pratique clinique élaborées par la HAS ;
- de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques ;
- de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Le rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ou à l'organe qui en tient lieu, au plus tard le 30 juin de chaque année suivante, ainsi qu'à l'ARS et à la commission départementale des soins psychiatriques.

Ces éléments qualitatifs sont complétés par des éléments quantitatifs recueillis par service parmi lesquels figurent notamment :

- nombre de mesures ;
- nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure ;
- nombre moyen de mesures par patient ;
- durée moyenne des mesures ;
- durée minimale ;
- durée maximale ;
- pourcentage de patients en soins sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure.

Le rapport annuel analyse la répartition des placements à l'isolement ou en contention selon les horaires de la journée ainsi que selon les jours de la semaine.

Les événements indésirables (dont le décès au cours de la mesure) sont recueillis et analysés dans le cadre de la politique de gestion des événements indésirables.

#### b) Au sein d'un système d'information

Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) permet actuellement le recueil de données relatives à l'utilisation des chambres d'isolement. Ce système d'information a vocation à intégrer à partir de 2018, sur la base des recommandations pour la pratique clinique en cours d'actualisation par la HAS, des données relatives au recours à la contention et à préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement (travaux en cours au sein de l'ATIH).

Dans l'attente de l'intégration de ce recueil dans le RIM-P, les établissements transmettent semestriellement les indicateurs cités en annexe II pour chaque service concerné après avoir procédé à leur enregistrement selon la procédure décrite en annexe II.

### B. – PAR LES ARS

L'ARS veille à la mise en œuvre effective des registres au sein des établissements visés par l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. L'ARS est destinataire du rapport annuel de chaque établissement rendant compte des pratiques de recours à l'isolement et à la contention. Dans l'attente de l'intégration d'un recueil plus exhaustif dans le RIM-P, la DGOS transmet aux ARS les données saisies semestriellement par les établissements. Les ARS transmettent ces données aux CDSP.

À partir de ces données et des rapports annuels, les ARS mettent en œuvre une politique régionale de suivi, d'analyse et de prévention du recours à la contention et à l'isolement. Les efforts menés en matière de prévention et de réduction de ces pratiques pourront être pris en compte dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

### C. – PAR LE MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La DGOS recueille semestriellement les indicateurs cités en annexe II et instaure un suivi global et statistique du recours à la contention et à l'isolement. Les données sont interprétées en tenant notamment compte des informations médicales générales sur l'activité de l'établissement disponibles dans le RIM-P.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction aux établissements de santé autorisés en psychiatrie. Mes services se tiennent à votre disposition en cas de difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

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

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

*Le directeur général de la santé,*  
B.VALLET

ANNEXE I

**CONTENU DU REGISTRE DES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS EN PSYCHIATRIE ET DÉSIGNÉS POUR ASSURER LES SOINS SANS CONSENTEMENT, À REMPLIR POUR CHAQUE MESURE D'ISOLEMENT ET CHAQUE MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE**

**A. – ISOLEMENT DANS UN ESPACE DÉDIÉ CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

**B. – ISOLEMENT EN DEHORS D'UN ESPACE DÉDIÉ**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

**C. – CONTENTION MÉCANIQUE DANS LE CADRE D'UNE MESURE D'ISOLEMENT CONFORMÉMENT AUX RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		



**D. – CONTENTION MÉCANIQUE EN DEHORS D'UN ESPACE D'ISOLEMENT  
ET EN DEHORS DES CAS D'EXCEPTIONS PRÉVUES PAR LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

**E. – CONTENTION MÉCANIQUE EN DEHORS D'UN ESPACE D'ISOLEMENT CONFORMÉMENT AUX EXCEPTIONS PRÉVUES  
PAR LES RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

	A	B	C	D	E	F	H	I	K
	Identifiant patient	Identifiant service	Date de début de la mesure	Heure de début de la mesure	Date de fin de la mesure	Heure de fin de la mesure	Durée (calcul automatisé à partir des colonnes E et F)	Nom du psychiatre ayant décidé la mesure	Nom des professionnels de santé chargés de la surveillance
N° mesure							En heure (décimale)		

## ANNEXE II

### ENQUÊTE NATIONALE : INDICATEURS ET MODALITÉS DE RECUEIL

#### A. – INDICATEURS RECUEILLIS PAR ÉTABLISSEMENT POUR CHAQUE SERVICE CONCERNÉ

- S1 Patients faisant l'objet de soins sans consentement au sein du service (extrait du registre des soins sans consentement)
  - a) Isolement dans un espace dédié conformément aux recommandations de bonne pratique
- A1 Nombre d'espaces d'isolement
- A2 Nombre de mesures d'isolement en espace d'isolement : somme des lignes du tableau A
- A3 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement : nombre de lignes avec contenu distinct pour la colonne A
- A4 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
  - b) Isolement en dehors d'un espace dédié
- B1 Nombre de mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié : somme des lignes du tableau B
- B2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en dehors d'un espace dédié : nombre de lignes du tableau B avec contenu distinct pour la colonne A
- B3 Durée totale de ces mesures d'isolement (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
  - c) Contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonne pratique
- C1 Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement : somme des lignes du tableau C
- C2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement : nombre de lignes du tableau C avec contenu distinct pour la colonne A
- C3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
  - d) Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique
- D1 Nombre de mesures de contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions : somme des lignes du tableau D
- D2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention en dehors d'un espace d'isolement et en dehors des cas d'exceptions : nombre de lignes du tableau E avec contenu distinct pour la colonne A
- D3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)
  - e) Contention mécanique en dehors d'un espace d'isolement conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique
- E1 Nombre de mesures de contention mécanique dans le cadre des exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique : somme des lignes du tableau E
- E2 Nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure de contention dans le cadre des exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique : nombre de lignes du tableau D avec contenu distinct pour la colonne A
- E3 Durée totale de ces mesures de contention (heure décimale) : somme des durées des mesures (somme de la colonne H)



## B. – MODALITÉS DE RECUEIL

L'enquête en ligne est réalisée en deux temps : la phase d'enregistrement puis la phase de renseignement.

Pour toute demande d'assistance, merci de contacter le bureau R4 de la DGOS à l'adresse : [DGOS-R4@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R4@sante.gouv.fr)

### 1. Phase d'enregistrement : échéance 31 mai 2017

L'enregistrement doit être effectué en ligne *via* le formulaire dont on trouvera l'adresse ci-dessous : [https://o6.sante.gouv.fr/audit\\_enquetes/index.asp?enquete=AFSH1710003J](https://o6.sante.gouv.fr/audit_enquetes/index.asp?enquete=AFSH1710003J)

Un accès est fourni :

- au niveau de l'entité juridique pour les établissements publics de santé hormis l'APHP, l'APHM, les HCL et les HIA pour lesquels un accès est fourni par établissement géographique ;
- au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés.

Pour chaque service concerné, les différents champs à renseigner sont :

- nom et prénom du directeur de l'établissement, référent pour l'enquête ;
- courriel du service de direction destinataire du lien d'accès à l'enquête ;
- statut de l'établissement (public ou privé) ;
- situation géographique de l'établissement (région, département, commune) ;
- n° FINESS et raison sociale de l'établissement ;
- identifiant du service concerné.

Après confirmation de l'enregistrement, un lien d'accès personnalisé à l'enquête sera envoyé pour chaque service au référent.

### 2. Phase de renseignement : échéance 31 juillet 2017 pour le premier semestre 2017 31 janvier 2018 pour le second semestre 2017

Le lien d'accès à l'enquête sera adressé le 3 juillet 2017.

La réponse à l'enquête peut être enregistrée en une ou plusieurs fois. Dès la reconnexion à l'enquête à partir du lien reçu, la dernière page saisie s'affiche et il est possible de compléter le recueil et de revenir sur le recueil déjà renseigné. Après saisie complète, une validation est obligatoire en dernière page pour confirmer définitivement les réponses.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau synthèse organisationnelle  
et financière

**Instruction n° DGOS/R1/2017/110 du 29 mars 2017 relative à l'application du coefficient prudentiel dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale**

NOR : AFSH1710013J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 mars 2017. – Visa CNP 2017-34.

*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* : application du coefficient prudentiel fixé en application de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6.

*Mots clés* : établissements de santé – tarification à l'activité – ONDAM – coefficient prudentiel – agences régionales de santé.

*Références* :

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8 ;

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-9, L. 162-22-9-1, L. 162-22-10 et R. 162-42-1-1 ;

Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 la valeur du coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article R. 162-42-1-1.

*Annexe* :

Tableaux des valeurs de coefficients et des montants des prestations d'hospitalisation par région.

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

La valeur du coefficient prudentiel a été fixée à 0,70 % pour l'année 2017 et s'applique, à compter du 1<sup>er</sup> mars, aux tarifs des prestations d'hospitalisation des établissements de santé, en vue de gager une partie de l'objectif des dépenses hospitalières aux fins de concourir au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Il convient de préciser que ce coefficient impacte uniquement les prestations d'hospitalisation, ce qui exclut de son champ d'application les honoraires, les tarifs des forfaits interruption de grossesse (IVG) ainsi que l'indemnité compensatrice tierce personne. De la même manière, ne sont pas impactés par le coefficient prudentiel, les forfaits mentionnés aux articles L. 162-22-8 (forfaits « FAU », « CPO » et « FAG »), L. 162-22-8-1 (forfait « activités isolées »), L. 165-1-1 (forfait « innovation ») et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-20 (dotation « IFAQ »).

Afin de permettre l'application de ce coefficient sur les tarifs des établissements privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les caisses d'assurance maladie devront être destinataires d'un document indiquant les éléments suivants :

- la valeur du coefficient prudentiel pour les séjours GHS (groupes homogènes de séjour) et les éléments s'y rapportant (suppléments journaliers et au séjour, supplément « EXH », tarif « EXB ») et les séjours GHT (groupe homogène de tarifs) ou le cas échéant, du produit de la valeur de ce coefficient et du coefficient géographique.

Le coefficient prudentiel est inscrit dans la zone « coefficient MCO ou HAD » (4 décimales) de la facture B2, pour s'appliquer aux prestations d'hospitalisation GHS et GHT. Pour les régions bénéficiant d'un coefficient géographique, c'est le montant issu du produit du coefficient prudentiel et du coefficient géographique, qui est inscrit dans cette zone ;

- le montant de tous les tarifs minorés du coefficient prudentiel pour les autres prestations d'hospitalisation (ATU, PO, FFM, SE, APE, AP2, FPI et D) et auxquels seront appliqués le cas échéant, le coefficient géographique.

Ce document, qui doit également être transmis, à titre d'information, aux établissements de santé, peut prendre la forme qui vous semble la plus appropriée. En effet, les éléments tarifaires (tarifs des prestations d'hospitalisation et coefficients géographiques) et le coefficient prudentiel étant fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ils sont directement opposables.

Vous trouverez en annexe un tableau indiquant les valeurs du coefficient à inscrire dans la zone « coefficient MCO ou HAD », en fonction de l'existence d'un coefficient géographique, ainsi que les montants des tarifs des prestations d'hospitalisation non impactés par la zone « coefficient MCO ou HAD ».

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation :

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

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

ANNEXE

TABLEAUX DES VALEURS DE COEFFICIENTS ET DES MONTANTS  
DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION PAR RÉGION

**Tableau 1 : valeurs des coefficients MCO s'appliquant aux séjours GHS ou GHT  
en fonction du coefficient géographique**

	VALEUR DU COEFFICIENT À INSCRIRE DANS LA ZONE « COEFFICIENT MCO OU HAD »				
Régions sans coefficient géographique	Régions avec coefficient géographique à 7 %	Régions avec coefficient géographique à 11 %	Régions avec coefficient géographique à 27 %	Régions avec coefficient géographique à 29 %	Régions avec coefficient géographique à 31 %
0,9930	1,0625	1,1022	1,2611	1,2810	1,3008

Tableau 2 : montant des tarifs des prestations d'hospitalisation hors séjours GHS ou GHT en fonction de l'application du coefficient prudentiel majoré le cas échéant par le coefficient géographique

Tarifs des prestations hors GHS et GHT						
Tarifs prestations publiés (hors coefficient prudentiel)	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions sans coefficient géographique	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 7%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 11%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 27%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 29%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 31%
	0,9930	1,0625	1,1022	1,2611	1,2810	1,3008
ATU	24,47	26,00	26,97	30,86	31,35	31,83
FFM	18,45	19,60	20,34	23,27	23,63	24,00
SE						
SE1	73,35	77,94	80,85	92,50	93,96	95,42
SE2	58,67	62,34	64,67	73,99	75,15	76,32
SE3	39,11	41,55	43,11	49,32	50,10	50,88
SE4	19,55	20,77	21,55	24,65	25,04	25,43
SE5	175,67	186,65	193,63	221,54	225,03	228,52
APE						
APE	12,20	12,96	13,45	15,39	15,63	15,87
AP2	39,04	41,48	43,03	49,23	50,01	50,78
FPI	108,33	115,10	119,40	136,62	138,77	140,92
D						
D11	256,78	272,83	283,03	323,83	328,93	334,03
D12	228,74	243,04	252,12	288,47	293,01	297,55
D13	234,07	248,70	258,00	295,19	299,84	304,49
D14	207,49	220,46	228,70	261,67	265,79	269,91
D15	680,61	723,15	750,19	858,32	871,84	885,36

	Tarifs prestations publiées (hors coefficient prudentiel)	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions sans coefficient géographique	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 7%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 11%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 27%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 29%	Tarifs prestations avec coefficient prudentiel pour les régions ayant un coefficient géographique à 31%
D16	529,73	526,02	562,84	583,88	668,05	678,57	689,09
D20	366,00	363,44	388,88	403,42	461,57	468,84	476,10
D21	341,08	338,69	362,40	375,95	430,14	436,91	443,69
D22	261,00	259,17	277,32	287,68	329,15	334,33	339,52
D23	204,91	203,48	217,72	225,86	258,41	262,48	266,55
D24	361,14	358,61	383,71	398,06	455,44	462,61	469,78
PO							
PO 1	5 461,34	5 423,11	5 802,73	6 019,65	6 887,35	6 995,81	7 104,27
PO 2	8 296,15	8 238,08	8 814,74	9 144,27	10 462,36	10 627,12	10 791,88
PO 3	6 568,28	6 522,30	6 978,86	7 239,76	8 283,32	8 413,77	8 544,22
PO 4	7 645,89	7 592,37	8 123,83	8 427,53	9 642,31	9 794,16	9 946,00
PO 5	391,14	388,40	415,59	431,13	493,27	501,04	508,81
PO 6	391,14	388,40	415,59	431,13	493,27	501,04	508,81
PO 7	498,71	495,22	529,88	549,69	628,93	638,83	648,74
PO 8	469,38	466,09	498,72	517,36	591,94	601,26	610,58
PO 9	586,71	582,60	623,39	646,69	739,91	751,56	763,21
PO A	780,86	775,39	829,67	860,69	984,75	1 000,26	1 015,77

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau du premier recours (R2)

#### **Instruction n° DGOS/R2/2017/90 du 15 mars 2017 relative aux pratiques de facturation interétablissements des transports SMUR secondaires**

NOR : AFSH1708584J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 février 2017. – Visa CNP 2017-18.

*Catégorie* : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

*Résumé* : cette instruction est relative aux pratiques de facturation interétablissements des transports SMUR secondaires.

*Mots clés* : aide médicale urgente (AMU) – service d'aide médicale urgente (SAMU) – structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) – intervention SMUR primaire – intervention SMUR secondaire – mission d'intérêt général (MIG) – facturation – prestation interétablissement.

*Références* :

Code de la santé publique, et notamment les articles L. 6112-1, L. 6311-1 et L. 6311-2, R. 6311-1 à R. 6311-7, R. 6123-1 à R. 6123-15, R. 6123-14 à R. 6123-17 et D. 6124-12 à D. 6124-16.

Code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-22-13 et D. 162-6.

Arrêté du 28 juin 2016 modifié fixant la liste des structures, des programmes, des actions, des actes et des produits financés au titre des missions d'intérêt général mentionnées aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du code de la sécurité sociale ainsi que la liste des missions d'intérêt général financées au titre de la dotation mentionnée au IV de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Circulaire n° DGOS/R5/2013/57 du 19 février 2013 relative au guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général.

*Circulaire abrogée* : circulaire n° DGOS/R2/2015/378 du 23 décembre 2015 relative aux pratiques de facturation inter-établissements des transports SMUR secondaires.

*Circulaire modifiée* : circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

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

I. – PRÉALABLE : RÉGLEMENTATION RELATIVE AUX MISSIONS DES STRUCTURES MOBILES D'URGENCE ET DE RÉANIMATION (SMUR) ET DES SERVICES D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU)

L'article L. 6311-2, 5<sup>e</sup> alinéa, du code de la santé publique dispose :

« Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

L'article R. 6123-15 du code de la santé publique dispose :

« Dans le cadre de l'aide médicale urgente, la structure mobile d'urgence et de réanimation mentionnée à l'article R. 6123-1 a pour mission :

1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé.

2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet.

Pour l'exercice de ces missions, l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend un médecin. »

## II. – LES FACTURATIONS INTERÉTABLISSEMENTS DES TRANSPORTS SMUR SECONDAIRES, DÈS LORS QU'IL Y A SORTIE DU SMUR, N'ONT PLUS COURS À COMPTER DU 1<sup>ER</sup> MARS 2017

Cette circulaire abroge et remplace la circulaire n° DGOS/R2/2015/378 du 23 décembre 2015 relative aux pratiques de facturation interétablissement des transports SMUR secondaires.

La circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé est modifiée comme suit :

Le titre du chapitre « Services mobiles d'urgence (SMUR) » est remplacé par le titre « Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ».

Dans ce chapitre, au paragraphe intitulé « 2. Mission et organisation des SAMU et des SMUR », le sous-titre « 2.2. Les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) » est remplacé par « 2.2. Les structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) ».

Dans le nouveau chapitre « Structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) », le paragraphe intitulé « 3. Modalités de facturation des transports d'urgence » est remplacé par les dispositions suivantes :

### « 3. Modalités de facturation des transports d'urgence

Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR.

Les transports secondaires correspondent aux transports effectués entre établissements de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), dès lors qu'il y a sortie du SMUR. »

Dans le chapitre « Tarifs de prestations », dans le paragraphe intitulé « 3. Utilisation des tarifs de prestations », l'alinéa « – des transports secondaires par SMUR » est supprimé.

## III. – EN CONTREPARTIE DE LA SUPPRESSION DES FACTURATIONS DE TRANSPORTS SMUR SECONDAIRES À PARTIR DU 1<sup>ER</sup> MARS 2017, LA MIG SMUR SERA ABONDÉE D'UN MONTANT CORRESPONDANT À 60,3 M€ EN ANNÉE PLEINE

L'abondement de la MIG SMUR serait réparti *pro rata temporis* sur les années 2017 et 2018 (abondement de 10/12 du montant total de 60,3 M € en 2017, et abondement des 2/12 restants en 2018).

Le bureau R2 de la DGOS se tient à votre disposition à l'adresse fonctionnelle suivante :

[DGOS-R2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-R2@sante.gouv.fr)

Pour la ministre et par délégation :

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

Le secrétaire général des ministères  
chargé des affaires sociales,  
P. RICORDEAU



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ	MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS
<i>Direction générale de l'offre de soins</i>	<i>Direction générale des finances publiques</i>
Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins	Service des collectivités locales
Bureau de l'efficience des établissements publics et privés (PF1)	Service comptable de l'État
	Bureau des comptabilités locales (CL1B)
	Bureau de la réglementation comptable (CE1B)

**Instruction n° DGOS/PF1/2017/63 du 24 février 2017 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21 (actualisation de l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015)**

NOR : AFSH1706082J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 février 2017. – Visa CNP 2017-16.

*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* : dans le prolongement des diligences menées par la Cour des comptes dans le cadre de l'exercice de certification des comptes de l'État, la présente instruction a pour objet d'actualiser les directives de la circulaire DGOS-DGFIP du 16 mars 2015 visant à fiabiliser le solde du compte 1022 « Compléments de dotation – État » des établissements publics de santé en précisant les exercices concernés par la fiabilisation de ce compte.

Elle propose, enfin, par mesure de simplification, une méthode alternative permettant d'initier une correction, soit au vu de la pièce justificative, soit à partir du libellé de l'opération lorsque celui-ci est suffisamment explicite pour ne laisser aucun doute sur l'erreur d'imputation.

*Mots clés* : nomenclature comptable M21 – dotation État – certification des comptes – fiabilisation des comptes.

*Annexe* : précisions sur la nature des financements pouvant être assimilés à des dotations État et sur les modalités de régularisation (rappels).

*La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre des finances et des comptes publics à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des finances publiques.*

La présente instruction vient actualiser l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21.

La levée de la réserve 5, relative aux immobilisations financières formulée par la Cour des comptes dans ses rapports annuels sur la certification des comptes de l'État nécessite de poursuivre les travaux de fiabilisation de la valorisation de la participation de l'État dans les établissements publics de santé. Pour mémoire, la valorisation des hôpitaux intégrés depuis l'exercice 2011 dans les comptes de l'État, correspond au cumul du solde au 31 décembre 2010 du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la comptabilité des établissements publics de santé.

Des travaux de fiabilisation des opérations enregistrées sur le compte 1022 « Compléments de dotation – État » des établissements publics de santé depuis l'exercice 2011 ont été réalisés par l'ensemble des établissements sur l'exercice 2015<sup>1</sup> ; ils ont permis de fiabiliser les opérations enregistrées à ce compte depuis 2011, grâce aux nombreuses recherches effectuées par les établissements et leurs comptables.

Parallèlement, à la suite des observations de la Cour des comptes dans le cadre de ses travaux de certification des comptes de l'État de 2015, il est nécessaire d'étendre la fiabilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » aux exercices antérieurs à 2011.

À la suite d'une enquête menée auprès d'un échantillon d'établissements, la Cour des comptes estime, en effet, que la valorisation des hôpitaux dans les comptes de l'État correspondant au cumul du solde 1022 au 31 décembre 2010 retracé dans la comptabilité des établissements publics de santé est surestimée.

Des derniers travaux de fiabilisation des opérations enregistrées sur le compte 1022 « Compléments de dotation – État » des établissements publics de santé sur les exercices antérieurs à 2011 doivent donc être réalisés par l'ensemble des établissements, soumis ou non à certification au titre de l'exercice 2016 (opérations de fin de gestion incluses) et au plus tard avant la fin de l'exercice 2017.

La présente instruction rappelle les enjeux liés à la fiabilisation du compte 1022 et précise les modifications apportées au dispositif de fiabilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » prévu par l'instruction interministérielle du 16 mars 2015.

Pour rappel, les précisions sur la nature des financements pouvant être assimilés à des dotations État et les modalités de régularisation sont présentées en annexe.

### **1. Les enjeux financiers de la bonne utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » (rappel)**

À la suite de la publication des décrets d'application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), les établissements publics de santé (EPS) sont intégrés depuis l'exercice 2011 au périmètre des participations financières non contrôlées de l'État<sup>2</sup>.

Les participations non contrôlées de l'État sont valorisées au coût d'acquisition qui représente la valeur comptable initiale d'une participation dans les comptes de l'État. Les établissements publics de santé sont valorisés pour un coût d'acquisition de 4,6 milliards d'euros qui correspond à la somme des soldes du compte 1022 « Compléments de dotation – État » retracés dans la comptabilité des établissements publics de santé en date du 31 décembre 2010. Cette valorisation de 4,6 milliards d'euros dans les comptes de l'État est inchangée depuis 2011.

Les analyses menées par les services de la DGFIP et de la DGOS ont montré que les comptes 1022 des établissements publics de santé comportaient des opérations comptables qui ne correspondaient pas systématiquement à des dotations de l'État. Les apports financiers de l'État aux hôpitaux sont désormais très exceptionnels ; le compte 1022 ne doit donc retracer que les apports historiques de l'État aux EPS pour permettre la fiabilité de la valorisation de ces établissements dans les comptes de l'État.

Des travaux de fiabilisation du compte 1022 ont été menés depuis l'exercice 2015. La fiabilisation du compte 1022 constitue un enjeu pour la certification des comptes de l'État, mais également pour celle des comptes des EPS.

Elle est nécessaire :

- pour la qualité comptable des comptes des EPS et notamment la certification de leurs comptes (analyse du bilan d'ouverture, des flux des capitaux propres) ;
- pour assurer la réciprocité avec les comptes de l'État et parvenir à la levée de la réserve 5 relative aux immobilisations financières formulée par la Cour des comptes dans son rapport sur la certification des comptes de l'État.

<sup>1</sup> Ces opérations doivent se poursuivre selon les dispositions prévues dans le cadre de la fiabilisation des comptes 102 « Apports » et 13 « Subventions d'investissement » des établissements publics de santé, qui perdurent :

- pour les EPS « certifiables », toutes les opérations de moins de 5 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'année d'entrée dans la certification des comptes doivent pouvoir être justifiées ;
- pour les EPS « fiabilisables », les opérations de moins de 5 ans au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice où commencent les recherches en vue de la régularisation des comptes 102 et 13 doivent pouvoir être justifiées.

<sup>2</sup> Confirmé par l'avis n° 2015-08 du 10 décembre 2015 du CNoCP.

## **2. La fiabilisation des soldes des comptes 1022 « Compléments de dotation – État » des établissements publics de santé doit être poursuivie**

À fin 2010, la somme des soldes créditeurs du compte 1022 « Compléments de dotation - État » de l'ensemble des établissements publics de santé s'élevait à près de 4,6 milliards d'euros. De nombreuses opérations ont été comptabilisées depuis 2011 sur ce compte par des établissements, conduisant la somme de ces soldes créditeurs à atteindre plus de 4,8 milliards d'euros fin 2014. Or, sur la période, aucune des lois de finances n'a programmé de dotation en capital à des EPS. Aussi, en l'absence de disposition en loi de finances (absence de crédits budgétaires ouverts au budget général de l'État correspondant à des versements État au profit des EPS), le compte 1022 ne doit pas être mouvementé.

Une enquête menée auprès des agences régionales de santé sur la nature des financements comptabilisés au compte 1022 pour la période 2011 à 2013 a montré que ce compte a donné lieu, très majoritairement, à des erreurs d'imputation liées à la confusion entre les participations de l'État et celles d'autres financeurs.

Il a été relevé que :

- de nombreux crédits versés par l'assurance maladie, comme ceux versés au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour le financement d'opérations d'investissement, ont été imputés à tort sur le compte 1022 ;
- des crédits pour l'investissement versés par des opérateurs de l'État comme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME), ou par des collectivités territoriales (régions notamment) ou par l'Europe au titre du Fonds européen de développement régional (FEDER) ont été imputés à tort sur ce compte.

Face à ces constats, l'instruction interministérielle DGOS-DGFiP précitée du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État » dans la nomenclature M21 a rappelé les modalités d'enregistrement des opérations sur le compte 1022 et proposé des schémas de correction des écritures erronées.

Une action de fiabilisation a été menée, sur cette base, pour les exercices 2011 à 2015, et des écritures de corrections ont été enregistrées ; cette opération de fiabilisation a conduit à réduire le solde global du compte 1022, pour un montant estimé de 232 millions d'euros.

Enfin, à l'occasion des missions intermédiaires de 2015, la Cour des comptes a adressé un questionnaire à quarante-six établissements sélectionnés pour avoir comptabilisé des dotations de l'État entre 2011 et 2015 ; lors de ces travaux, la Cour des comptes a constaté une utilisation erronée du compte 1022 sur la période 2011-2015 impliquant des écritures de corrections et une fiabilité insuffisante du compte 1022 pour la période antérieure au 31 décembre 2010. 36 établissements ont été destinataires d'un questionnaire de la Cour des Comptes au cours de la mission intermédiaire de 2016.

## **3. Les modifications apportées au dispositif de fiabilisation du compte 1022 tel que prévu par l'instruction interministérielle du 16 mars 2015**

La présente instruction a pour objet d'étendre la fiabilisation du compte 1022 « Compléments de dotation - État » aux exercices antérieurs à l'exercice 2011 selon les modalités suivantes.

Il est demandé, à chaque établissement avec l'aide de son comptable, de procéder à la fiabilisation des soldes du compte 1022 pour toutes les opérations mouvementées sur les exercices 2009 et 2010.

Par conséquent, les EPS, en relation avec leur comptable, devront corriger les opérations enregistrées à tort sur le compte 1022 « Compléments de dotation - État » sur les exercices 2009 et 2010 chaque fois qu'ils disposent de la pièce justificative permettant de déterminer précisément l'origine du financement.

À défaut, lorsque le libellé de l'opération retracé dans les logiciels de l'ordonnateur et/ou du comptable sera suffisamment explicite pour ne laisser aucun doute sur l'erreur d'imputation, l'opération devra également donner lieu à correction comptable ; dans ce cas, un certificat administratif sera établi par l'ordonnateur pour justifier la réimputation.

S'agissant des exercices antérieurs à 2009 (exercices 2008 et antérieurs), la fiabilisation du compte 1022 sera réalisée par l'EPS si celui-ci dispose de pièces justificatives ou si le libellé de l'opération est suffisamment explicite pour lui permettre d'en déduire une imputation erronée.

Dès lors que l'EPS n'est plus en mesure de produire les pièces justificatives, ou qu'il ne dispose plus de libellé suffisamment explicite, un certificat administratif sera établi par le directeur de l'éta-

blissement visant à formaliser l'impossibilité pour l'établissement de retrouver ces pièces et, ainsi, de « figer » le solde du compte 1022. Au terme de cette opération, il ne sera par conséquent plus demandé aux établissements de procéder à d'autres corrections sur le compte 1022.

Enfin, les EPS veilleront à la qualité de l'imputation comptable des financements reçus au cours de l'exercice 2016 et des exercices suivants, afin d'éviter toute imputation incorrecte au compte 1022.

Ces travaux complémentaires de fiabilisation des opérations enregistrées sur le compte 1022 « Compléments de dotation – État » sur les exercices antérieurs à 2011 doivent être réalisés (recensement des opérations en anomalie et correction des écritures) par l'ensemble des établissements, soumis ou non à certification à compter de l'exercice 2016 (opérations de fin de gestion incluses) et au plus tard avant le 31 décembre 2017 (date calendaire), en partenariat avec leur comptable.

Toute difficulté dans la mise en œuvre des présentes dispositions devra être portée à la connaissance de la DGOS et de la DGFIP.

Pour les ministres et par délégation :

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

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

*La cheffe du service des collectivités locales,*  
N. BIQUARD

## ANNEXE

### PRÉCISIONS SUR LA NATURE DES FINANCEMENTS POUVANT ÊTRE ASSIMILÉS À DES DOTATIONS ÉTAT ET SUR LES MODALITÉS DE RÉGULARISATION (RAPPELS)

Les points *infra* ont été précisés par la circulaire interministérielle DGOS-DGFIP DGOS/PF1/DGFIP/CL1B/CE1B/2015/78 du 16 mars 2015 relative à l'utilisation du compte 1022 « Compléments de dotation – État » dans la nomenclature M21.

#### **Précisions sur la nature des financements pouvant être assimilés à des dotations État et donc comptabilisés en compte 1022**

Un arrêté a modifié l'instruction budgétaire et comptable M21<sup>1</sup> à la fin de l'exercice 2014, pour préciser notamment, les commentaires des comptes 1022 « Compléments de dotation – État » et 13 « Subventions d'investissement » :

Sont inscrits au crédit du compte 1022, les seuls financements accordés par l'État comme compléments de dotation ; l'utilisation de ce compte est donc exceptionnelle ;

- le commentaire du compte 1028 « Compléments de dotation – Autres » indique que les financements accordés par l'assurance maladie au titre des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), qui sont destinés à renforcer durablement les fonds propres de l'établissement, sont imputés au compte 10281 « Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) » ;
- le commentaire du compte 13 précise que les financements accordés au titre du Fonds européen de développement régional (FEDER) sont imputés aux comptes 13188 « Autres subventions » et 13988 « Autres subventions ».

Enfin, les financements accordés au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) peuvent être imputés au compte 10282 « FMESPP » ou au compte 13182 « FMESPP », en fonction des critères définis dans la fiche n°7 « Les comptes 102 et 13 et l'imputation comptable des financements et dotations » en annexe du guide de fiabilisation des comptes des EPS. Ces critères ont été repris dans le commentaire des comptes 102 et 13 du tome 1, ainsi que dans le tome 2 de l'instruction M21, et s'appliquent à tous les financements et dotations reçus par les EPS sauf cas particuliers (FEDER).

#### **Modalités de régularisation**

Les opérations détectées comme enregistrées à tort sur le compte 1022 « Compléments de dotation – État » des EPS sur les exercices antérieurs à 2011 devront être corrigées avant la fin de l'exercice 2017.

Si l'écriture à régulariser concerne l'exercice en cours, le titre émis au compte 1022 « Compléments de dotation – État » est annulé et un nouveau titre de recettes est réémis sur le compte *ad hoc*, avec décision de l'ordonnateur valant pièce justificative.

Pour les corrections sur exercices antérieurs, les écritures suivantes sont enregistrées :

- imputation à tort d'un complément de dotation – autres comme complément de dotation – État :
  - débit du compte 1022 (mandat) par le crédit du compte 1028x (titre) pour le montant du financement reçu ;
- imputation à tort d'une subvention d'investissement comme complément de dotation :
  - débit du compte 1022 (mandat) par le crédit du compte 13188 (titre) pour le montant brut du financement reçu ;
  - débit du compte 13988 par le crédit du compte 10682 pour la reconstitution des transferts au compte de résultat de la subvention (opération non budgétaire – schéma CORR9 dans Hélios) ;
- imputation à tort de crédits d'exploitation (classe 7) comme complément de dotation :
  - débit du compte 1022 par le crédit du compte 10682 (opération non budgétaire – schéma CORR9 dans Hélios).

<sup>1</sup> Les tomes 1 et 2 de la M21 figurent en annexe de l'arrêté du 16 juin 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé.

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 20 mars 2017 portant nomination de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière**

NOR : AFSH1730128A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 2007-196 du 13 février 2007 modifié relatif aux équivalences de diplômes requises pour se présenter aux concours d'accès aux corps et cadres d'emplois de la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 2007 modifié fixant les règles de saisine, de fonctionnement et de composition des commissions instituées pour la fonction publique hospitalière et chargées de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière ouverts aux titulaires d'un diplôme ou titre spécifique portant sur une spécialité de formation précise,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés à la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière prévue par le décret du 13 février 2007 susvisé :

##### *En qualité de président*

M. Lionel Collet, conseiller d'État.

##### *En qualité de membres titulaires*

M. Jean-Christophe Paul, représentant la ministre chargée de l'enseignement supérieur et de la recherche.

M. Christophe Zelawski, représentant la ministre chargée de l'éducation nationale.

M. Louis-Xavier Colas, représentant la ministre chargée des affaires sociales.

M. Rodrigue Fallourd, représentant la ministre chargée de la santé.

##### *En qualité de membres suppléants*

Mme Véronique Lestang-Préchac, représentant la ministre chargée de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Mme Sylvie Maquin, représentant la ministre chargée de l'éducation nationale.

Mme Fabienne Benet, représentant la ministre chargée des affaires sociales.

Mme Anne-Claude Dautel, représentant la ministre chargée de la santé.

#### Article 2

L'arrêté du 20 octobre 2016 portant nomination de la commission nationale d'équivalence de titres et diplômes chargée de se prononcer sur les demandes d'équivalence de diplômes pour l'accès aux concours de la fonction publique hospitalière est abrogé.

Article 3

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

Fait le 20 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le sous-directeur des ressources humaines  
du système de santé,*  
M. ALBERTONE



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 21 mars 2017 relatif à la composition du jury de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des attachés d'administration hospitalière stagiaires**

NOR : AFSH1730129A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 modifié portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 6 février 2012 déterminant les modalités d'organisation et de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des fonctionnaires recrutés par inscription sur liste d'aptitude et des personnels détachés dans le corps des attachés d'administration hospitalière,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le jury de validation de la formation d'adaptation à l'emploi des attachés d'administration hospitalière stagiaires au titre du cycle de formation qui s'est déroulé du 15 février au 9 décembre 2016 est composé comme suit :

M. Rodrigue FALLOURD, adjoint à la cheffe de bureau, représentant la directrice générale de l'offre de soins, président.

Mme Chantal ROUSSEAU, attachée d'administration hospitalière au centre hospitalier universitaire de Rennes.

Mme Marie RENAULT, directrice des ressources humaines, représentant le directeur de l'EHESP.

#### Article 2

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

Fait le 21 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ



# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG Centre national de gestion

### **Arrêté du 31 mars 2017 portant inscription au titre de l'année 2017 au tableau d'avancement complémentaire à la hors-classe du corps des directeurs des soins**

NOR : AFSN1730144A

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 ;  
Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;  
Vu le décret n° 2014-9 du 7 janvier 2014 relatif au classement indiciaire des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière et aux emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu l'arrêté interministériel du 7 janvier 2014 relatif à l'échelonnement indiciaire de directeur des soins de la fonction publique hospitalière et à l'échelonnement indiciaire des emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;  
Vu l'avis de la commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard des directeurs des soins en sa séance du 30 mars 2017,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Les directeurs des soins dont les noms suivent sont inscrits au titre de l'année 2017 au tableau d'avancement complémentaire à la hors-classe du corps des directeurs des soins :

Sont nommés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 :

- 1 Christine BROUX.
- 2 Nelly CONSTANT.
- 3 Valérie ETTWILLER.

#### Article 2

La présente décision peut être contestée dans les deux mois qui suivent sa notification soit en déposant un recours gracieux devant l'administration auteur de la décision, soit un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

#### Article 3

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

Fait le 31 mars 2017.

Pour la directrice générale et par délégation :  
*La directrice générale adjointe,*  
P. RENOUL

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

### **Arrêté du 4 avril 2017 relatif à la nomination de M. Patrick DENIEL en qualité de directeur général, par intérim, des Hospices civils de Lyon**

NOR : AFSN1730145A

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique et notamment son article L. 6143-7-2 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du Centre national de gestion en date du 19 novembre 2015 portant nomination de M. Patrick DENIEL dans l'emploi de secrétaire général des Hospices civils de Lyon (69) à compter du 14 décembre 2015 ;

Vu l'arrêté du Centre national de gestion en date du 22 mars 2017 mettant fin au détachement de M. Dominique DEROUBAIX dans l'emploi de directeur général des Hospices civils de Lyon (Rhône),

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Patrick DENIEL, secrétaire général des Hospices civils de Lyon (69), est nommé directeur général, par intérim, des Hospices civils de Lyon à compter du 4 avril 2017 et jusqu'à l'installation du directeur général.

#### Article 2

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice générale du Centre national de gestion sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera notifié à l'intéressé et publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 4 avril 2017.

Pour la ministre des affaires sociales  
et de la santé et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCE

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 7 avril 2017 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles**

NOR : AFSH1730165S

La ministre des affaires sociales et de la santé,

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

Vu la décision n° 2016MSAP03-13 du directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur du 31 mars 2016 relative au placement sous administration provisoire du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles ;

Vu la décision n° 2016MSAP03-31 du directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur du 31 mars 2017 portant prorogation du placement sous administration provisoire du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

M. Jean Yves LEQUELLEC, directeur d'hôpital, et M. Emmanuel de BERNIERES, directeur d'hôpital, sont désignés pour assurer l'administration provisoire du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles, pour la période du 7 avril 2017 au 7 avril 2018 inclus.

#### Article 2

Pendant la période de l'administration provisoire, les attributions de directeur de l'établissement sont assurées par M. Jean Yves LEQUELLEC. En cas d'empêchement de ce dernier, les attributions de directeur d'établissement sont exercées par M. Emmanuel de BERNIERES.

#### Article 3

La présente décision est notifiée au président du conseil de surveillance, au directeur du centre hospitalier Jean-Marcel, à Brignoles, et au directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

#### Article 4

La présente décision entrera en vigueur le 7 avril 2017 et sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 6 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 9 mai 2017 portant labellisation de centres de références pour une maladie rare ou un groupe de maladies rares**

NOR : AFSH1730222A

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-22-13,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont désignés en qualité de centres de référence des maladies rares labellisés pour une durée de cinq ans les centres suivants :

#### FILIÈRE DE SANTÉ MALADIES RARES

##### **AnDDI-Rares (Anomalies du développement déficience intellectuelle de causes rares)**

*Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'Ouest*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Rennes

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

Centres de compétences : Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre Hospitalier du Mans, Centre Hospitalier Bretagne Atlantique-Vannes

*Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'Est*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Dijon

Sites constitutifs : Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Reims

Centre de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Besançon

*Centre de référence des anomalies du développement  
et syndromes malformatifs du Sud-Est*

Site coordonnateur : Hospices Civils de Lyon

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalier intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer

*Centre de référence des anomalies du développement  
et syndromes malformatifs du Sud-Ouest Occitanie Réunion*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique

*Centre de référence des anomalies du développement  
et syndromes malformatifs de l'interrégion Nord-Ouest*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier du Havre, Centre de soins de suite et de réadaptation Marc Sautelet de Villeneuve-d'Ascq

*Centre de référence des anomalies du développement  
et syndromes malformatifs d'Île-de-France*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker, Centre hospitalier intercommunal Poissy/Saint-Germain-en-Laye

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Jean Verdier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Hôpitaux de Saint-Maurice, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Institut Robert Merle d'Aubigné de Valenton, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

**Brain-Team (Maladies rares à expression motrice ou cognitive du système nerveux central)**

*Centre de référence des narcolepsies et hypersomnies rares*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Hôtel Dieu, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

*Centre de référence des syndromes neurologiques paranéoplasiques  
et encéphalites auto-immunes*

Site coordonnateur : Hospices Civils de Lyon

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne

*Centre de référence des démences rares ou précoces*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens

*Centre de référence de l'atrophie multisystématisée*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Dijon

*Centre de référence des leucodystrophies et leuco-encéphalopathies rares (LEUKOFRANCE)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

Centres de compétences : Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre Hospitalier régional et universitaire de Brest, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

*Centre de référence du syndrome Gilles de la Tourette*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Centres de compétences : Centre hospitalier du Pays d'Aix, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

*Centre de référence de la maladie de Huntington*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Hôpital marin de Hendaye, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens

*Centre de référence de neurogénétiq*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Fondation Ophtalmologique Rothschild, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence des maladies vasculaires rares du cerveau et de l'œil (CERVCO)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universi-



taire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

*Centre de référence des maladies inflammatoires rares du cerveau et de la moelle*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Sites constitutifs : Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

**Cardiogen (Maladies cardiaques héréditaires)**

*Centre de référence des troubles du rythme cardiaque héréditaires ou rares du Sud/Sud-Est*

Site coordonnateur : Hospices Civils de Lyon

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hospices Civils de Lyon

*Centre de référence des troubles du rythme cardiaque héréditaires ou rares de l'Ouest*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Nantes

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Groupe hospitalier La Rochelle-Ré-Aunis, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalier de Pau, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence des cardiomyopathies  
et des troubles du rythme cardiaque héréditaires ou rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

*Centre de référence des malformations cardiaques congénitales complexes (M3C)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre chirurgical Marie Lannelongue

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest

### **DefiScience (Maladies rares du développement cérébral et déficience intellectuelle)**

#### *Centre de référence du syndrome de Prader-Willi et syndromes apparentés*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Hôpital Marin de Hendaye

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des épilepsies rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des malformations et maladies congénitales du cervelet (2M2C)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétences : Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des maladies rares à expression psychiatrique*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Sites constitutifs : Centre hospitalier Sainte Anne de Paris, Centre hospitalier Le Vinatier de Bron



Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalier Guillaume-Régner de Rennes, Centre hospitalier La Chartreuse de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise, Centre hospitalier Le Vinatier de Bron, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Fondation Ophtalmologique Rothschild

*Centre de référence des déficiences intellectuelles de causes rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

**FAIR (Maladies auto-immunes et auto-inflammatoires systémiques rares)**

*Centre de référence des maladies auto-immunes systémiques rares du Nord*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Site constitutif : Centre hospitalier régional et universitaire de Brest

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier d'Annecy-Genevois, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalier de Boulogne sur Mer, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalier de Colmar, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier de Valenciennes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux De Paris-Bichat, Groupe hospitalier des Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

*Centre de référence des maladies auto-immunes systémiques rares de l'Est*

Site coordonnateur : Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Centres de Compétences : Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier d'Annecy-Genevois, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalier de Boulogne sur Mer, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre Hospitalier de Colmar, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier de Valenciennes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospi-

talo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Groupe hospitalier des Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

*Centre de référence des maladies auto-immunes systémiques rares d'Île-de-France*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier d'Annecy-Genevois, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalier de Boulogne sur Mer, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalier de Colmar, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier de Valenciennes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Groupe hospitalier des Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

*Centre de référence pour le lupus, le syndrome des anticorps antiphospholipides et autres maladies auto-immunes rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de la Martinique

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier d'Annecy-Genevois, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalier de Boulogne sur Mer, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalier de Colmar, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier de Valenciennes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Groupe hospitalier des Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

*Centre de référence des maladies auto-inflammatoires et de l'amylose inflammatoire (CEREMAIA)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalier de Versailles, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire

d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier d'Annecy-Genevois, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalier de Boulogne sur Mer, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier de Colmar, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalier de Valenciennes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Groupe hospitalier des Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

*Centre de référence des rhumatismes inflammatoires  
et maladies auto-immunes systémiques rares de l'enfant (RAISE)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Hospices civils de Lyon

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalier de Belfort-Montbéliard, Centre régional et universitaire de Brest, Groupe hospitalier de l'Est francilien, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre régional d'Orléans, Centre hospitalier de Villefranche sur Saône

**FAVA-Multi (Maladies vasculaires rares avec atteinte multisystémique)**

*Centre de référence de la maladie de Rendu-Osler*

Site coordonnateur : Hospices civils de Lyon

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nantes

*Centre de référence des maladies vasculaires rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Georges Pompidou

Sites constitutifs : Hôpital Cognacq-Jay, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence du syndrome de Marfan et maladies apparentées*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Centres de compétences : Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Lille

**FILFOIE (Maladies hépatiques rares de l'enfant et de l'adulte)**

*Centre de référence des maladies vasculaires du foie*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalier régional d'Orléans, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Paul Brousse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalier de Polynésie Française, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence de l'atrésie des voies biliaires et cholestases génétiques*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Sites constitutifs : Hospices civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Paul Brousse, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon

*Centre de référence des maladies inflammatoires des voies biliaires et des hépatites auto-immunes*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Paul Brousse, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier régional d'Orléans, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalier de Polynésie Française, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker



Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Site Jean Verdier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

### **FILNEMUS (Maladies neuromusculaires)**

#### *Centre de référence pour les maladies mitochondriales de l'enfant à l'adulte (CALISSON)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Nice

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier

#### *Centre de référence pour les maladies mitochondriales de l'enfant à l'adulte (CARAMMEL)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker enfants malades

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Côte de Nacre-Caen, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière

#### *Centre de référence des maladies neuromusculaires PACA- Réunion- Rhône Alpes*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Nice

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalier de Cannes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalier de Saint-Denis (93), Hôpital d'instruction des armées de Toulon

#### *Neuropathies amyloïdes familiales et autres neuropathies périphériques rares (NNERF)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Limoges

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Antoine Béclère, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Paul Brousse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Rothschild, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des maladies neuromusculaires Nord/Est/Île de France*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Rothschild, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre de soins de suite et de réadaptation Marc Sautet de Villeneuve-d'Ascq, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Hôpital marin de Hendaye, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des maladies neuromusculaires Atlantique Occitanie Caraïbe (AOC)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalier de la Côte Basque, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalier Bretagne Atlantique-Vannes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers

### **FIMARAD (Maladies rares en dermatologie)**

#### *Centre de référence des maladies et syndromes cutanés complexes et rares d'origine génétique*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Nice

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

#### *Centre de référence des maladies rares de la peau et des muqueuses d'origine génétique (MAGEC)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker enfants Malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre Hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Dijon

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

#### *Centre de référence des dermatoses bulleuses toxiques et toxidermies graves*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor

Site constitutif : Hospices civils de Lyon

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Nantes

#### *Centre de référence des neurofibromatoses*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Hospices civils de Lyon

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalier intercommunal de Créteil, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Georges Pompidou, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

#### *Centre de référence des maladies bulleuses auto-immunes (MALIBUL)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Rouen

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Pare, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin

### **FIMATHO (Malformations abdomino-thoraciques)**

*Centre de référence des affections chroniques et malformatives de l'œsophage (CRACMO)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalier du Mans, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalier Intercommunal de Créteil, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalier régional d'Orléans, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence de la hernie de coupole diaphragmatique*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Antoine Béclère, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hospices civils de Lyon, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Martinique

*Centre de référence des maladies digestives rares (MARDI)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Centre hospitalo-universitaire de Rennes

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Hôpital de pédiatrie et de rééducation de Bullion, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hôpital d'enfants de Margency, Institut régional du cancer de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalier régional d'Orléans, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Clinique Saint Yves à Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence des maladies rares du pancréas (PaRaDis)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon

Centres de compétences : Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hôpital Privé Jean Mermoz, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

**FIRENDO (Maladies rares endocriniennes)**

*Centre de référence du développement génital : du fœtus à l'adulte*

Site coordonnateur : Hospices civils de Lyon

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalier régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

*Centre de référence des maladies rares de l'hypophyse (HYPO)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Hospices civils de Lyon

Centres de compétence : Hôpital Foch, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré



*Centre de référence des maladies rares de la thyroïde et des récepteurs hormonaux (TRH)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire d'Angers

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence des pathologies gynécologiques rares (PGR)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Amiens, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Institut mutualiste Montsouris, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

*Centre de référence des maladies endocriniennes de la croissance et du développement*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

*Centre de référence des pathologies rares de l'insulino-sécrétion et de l'insulino-sensibilité (PRISIS)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre

hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Nancy

*Centre de référence des maladies rares de la surrenale*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Georges Pompidou

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et Universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers

**G2M (Maladies héréditaires du métabolisme)**

*Centre de référence des hémochromatoses et autres maladies métaboliques du fer*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Rennes

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalier régional d'Orléans, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Paul Brousse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Jean Verdier, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Groupe hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

*Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme hépatique*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Antoine Béchère

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bretonneau

*Centre de référence de la maladie de Wilson et autres maladies rares liées au cuivre*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière

Site constitutif : Hospices civils de Lyon

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades

*Centre de référence des maladies lysosomales*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Groupe hospitalier Diaconesses Croix Saint-Simon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Hôpital Joseph Ducuing (Toulouse), Centre hospitalo-universitaire de Rennes

*Centre de référence des porphyries et anémies rares du métabolisme du fer*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Louis Mourier

*Centre de référence de la maladie de Fabry*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré

Centres de compétences : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

*Centre de référence des maladies héréditaires du métabolisme*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié-Salpêtrière

Centres de compétences : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de d'Angers, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers

**MARIH (Maladies rares immuno-hématologiques)**

*Centre de référence de l'amylose AL et autres maladies  
par dépôt d'immunoglobulines monoclonales*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Limoges

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Poitiers

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Centre hospitalier Henri Duffaut à Avignon, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices civils de Lyon, Institut Paoli Calmette Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre Henri Becquerel à Rouen, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et universitaire de Tours

*Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'enfant (CEREVANCE)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et Universitaire de Tours

*Centre de référence des angioœdèmes à kinines (CREAK)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Grenoble

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Hospices civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier Georges Renon-Niort, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalier Émile Durkheim à Épinal, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Nancy

*Centre de référence des histiocytoses*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux-Pitié Salpêtrière

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hospices Civils de Lyon

*Centre de référence des syndromes hyperéosinophiliques (CEREO)*

Site coordonnateur : Hôpital Foch

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétence : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalier Annecy-Genévois, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes

*Centre de référence des mastocytoses (CEREMAST)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nîmes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours

*Centre de référence des aplasies médullaires acquises et constitutionnelles*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Institut Paoli Calmettes à Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

*Centre de référence de la maladie de Castleman (CRMdC)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Dijon

*Centre de référence des déficits immunitaires héréditaires (CEREDIH)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire d'Angers

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Hôpital Foch, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours

*Centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte (CeReCAI)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Centres de compétence : Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bretonneau, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalier territorial Gaston-Bourret Nouméa, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

*Centre de référence des neutropénies chroniques*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

*Centre de référence des microangiopathies thrombotiques (CNR-MAT)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Antoine

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Saint Louis, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de



talo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

**MCGRE (Maladies constitutionnelles rares du globule rouge et de l'érythroïèse)**

*Centre de référence de la drépanocytose et autres maladies rares du globule rouge et de l'érythroïèse Antilles-Guyane*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes

Sites constitutifs : Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre Hospitalier de Cayenne

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Centre Hospitalier de Basse-Terre, Centre Hospitalier Franck-Joly

**NEUROSPHINX (Complications neurologiques et sphinctériennes des malformations pelviennes et médullaires rares)**

*Centre de référence des malformations rares des voies urinaires (MARVU)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Site constitutif : Hospices Civils de Lyon

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Martinique, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

*Centre de référence des malformations ano-rectales et pelviennes rares (MAREP)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre Hospitalier du Mans, Centre Hospitalier Régional d'Orléans, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre Hospitalier de Colmar, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré, Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Martinique

*Centre de référence Chiari-Syringomyélie-Malformations vertébrales et médullaires*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Paré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Beaujon, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux

de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours

### **ORKID (Maladies rénales rares)**

#### *Centre de référence du syndrome néphrotique idiopathique*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand

### **OSCAR (Maladies rares de l'os et du cartilage)**

#### *Centre de référence des maladies rares du métabolisme du calcium et du phosphate*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bretonneau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hospices Civils de Lyon

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalier Bretagne Sud-Lorient, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre de Réadaptation Fonctionnelle Ellen Poidatz (77)

#### *Centre de référence des maladies osseuses constitutionnelles*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Lariboisière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Raymond Poincaré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de

Saint-Étienne, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre médico-chirurgical de réadaptation des Massues de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre Hospitalier de Perpignan

### **RESPIFIL (Maladies respiratoires rares)**

#### *Centre de référence de l'hypertension pulmonaire*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre

Site constitutif : Centre Chirurgical Marie Lannelongue

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Centre hospitalo-universitaire de Martinique

#### *Centre de référence des maladies pulmonaires rares*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades, Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon

#### *Centre de référence des maladies pulmonaires rares (de l'adulte)*

Site coordonnateur : Hospices Civils de Lyon

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Bichat, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Avicenne, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Tenon, Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Besançon, hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalier régional et Universitaire de Tours

### **SENSGEN (Maladies rares sensorielles)**

#### *Centre de référence des affections sensorielles génétiques (MAOLYA)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Montpellier



Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Clinique Jules Verne (44)

*Centre de référence du kératocône (CRNK)*

Site coordonnateur : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Hôtel Dieu, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Fondation Ophtalmologique Rothschild, Clinique Jules Verne (44)

*Centre de référence des affections rares en génétique ophtalmologique (CARGO)*

Site coordonnateur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Toulouse

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Clinique Jules Verne (44), Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Fondation Ophtalmologique Rothschild

*Centre de référence des maladies rares neuro-rétiniennes (REFERET)*

Site coordonnateur : Centre Hospitalier National d'Ophtalmologie des Quinze-Vingts

Centres de compétence : Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Fondation Ophtalmologique Rothschild, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Clinique Jules Verne (44)

*Centre de référence des surdités génétiques*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Site constitutif : Centre hospitalo-universitaire de Lille

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre Hospitalier du Mans, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire Rennes, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire de Saint-Étienne, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux

*Centre de référence des maladies rares en ophtalmologie (OPHTARA)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Sites constitutifs : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-George Pompidou, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Cochin

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Ambroise Pare, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Kremlin Bicêtre, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Nice, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Fondation Ophtalmologique Rothschild, Centre hospitalo-universitaire de Pointe à Pitre/Abymes, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion, Clinique Jules Verne (44), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

**TETE COU (Malformations rares de la tête, du cou et des dents)**

*Centre de référence des fentes et malformations faciales (MAFACE)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Clinique du Val d'ouest Vendôme, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Clinique Medipole Garonne, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Clinique Jules Verne (44), Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de La Réunion

*Centre de référence des craniosténoses et malformations cranio-faciales*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Site constitutif : Hospices Civils de Lyon

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Clinique Marcel Sembat (92), Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire d'Angers, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble

*Centre de référence des maladies rares orales et dentaires (ORares)*

Site coordonnateur : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Rothschild

Centres de compétence : Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Besançon, Centre hospitalo-universitaire de Dijon, Hospices Civils de Lyon, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Pitié Salpêtrière, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Henri Mondor, Centre hospitalier d'Angoulême, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalo-universitaire de Rouen

*Centre de référence du syndrome de Pierre Robin  
et troubles de succion-déglutition congénitaux (SPRATON)*

Site coordonnateur : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Necker Enfants Malades

Site constitutif : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris-Robert Debré

Centres de compétence : Centre hospitalo-universitaire de Lille, Hospices Civils de Lyon, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Centre hospitalo-universitaire de Montpellier, Centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, Centre hospitalo-universitaire de Toulouse, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Centre hospitalo-universitaire de Nancy, Centre hospitalo-universitaire de Clermont-Ferrand, Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Tours, Centre hospitalo-universitaire de Rouen, Centre hospitalo-universitaire de la Côte de Nacre-Caen, Centre hospitalo-universitaire de Nantes, Centre hospitalo-universitaire de Poitiers, Centre hospitalo-universitaire de Grenoble, Centre hospitalo-universitaire de Rennes, Centre hospitalier régional et universitaire de Brest, Centre hospitalo-universitaire de Limoges, Centre hospitalo-universitaire d'Amiens, Centre hospitalo-universitaire de Reims, Centre hospitalo-universitaire de Besançon

Article 2

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, auprès de la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Article 3

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

Fait le 9 mai 2017.

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

*Le secrétaire d'État*  
*chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche,*  
*auprès de la ministre de l'éducation nationale,*  
*de l'enseignement supérieur et de la recherche,*  
THIERRY MANDON

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Décision du 15 mars 2017 portant agrément de la société ADISTA pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients, dénommée « OppiDom »**

NOR : AFSZ1730125S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 12 janvier 2017 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 22 février 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

La société ADISTA est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel dénommée « OppiDom ». Cette prestation inclut une fonctionnalité d'accès direct du patient aux applications hébergées.

#### Article 2

La société ADISTA s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le délégué à la stratégie des systèmes d'information,*  
P. BURNEL

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Décision du 16 mars 2017 portant agrément de l'association Service et informatique du groupe Mutualité sociale agricole et de ses partenaires (SIGMAP) pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel pour le compte de la Régie autonome des transports parisiens (RATP)**

NOR : AFSZ1730123S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 16 février 2017 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 22 février 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

L'association Service et informatique du groupe Mutualité sociale agricole et de ses partenaires (SIGMAP) est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel pour le compte de la Régie autonome des transports parisiens (RATP).

#### Article 2

L'association Service et informatique du groupe Mutualité sociale agricole et de ses partenaires (SIGMAP) s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 16 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le délégué,*  
P. BURNEL

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

### **Décision du 16 mars 2017 portant agrément de la société ASPLENIUM HOSTING SERVICES pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients et utilisées à des fins de suivi médical**

NOR : AFSZ1730124S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu l'avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 12 janvier 2017 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 22 février 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

La société ASPLENIUM HOSTING SERVICES est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients et utilisées à des fins de suivi médical. Cette prestation inclut une fonctionnalité d'accès direct du patient aux applications hébergées.

#### Article 2

La société ASPLENIUM HOSTING SERVICES s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 16 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le délégué,*  
P. BURNEL

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 16 mars 2017 portant agrément de la société TESSI GED pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées *via* la solution « GED-SAE Docubase »**

NOR : AFSZ1730126S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu l'avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 1<sup>er</sup> décembre 2016 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 22 février 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

La société TESSI GED est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel, pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées *via* la solution « gestion électronique de documents (GED) et de système d'archivage électronique de documents (SAE) Docubase » (GED-SAE Docubase).

#### Article 2

La société TESSI GED s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 16 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :

*Le délégué,*  
P. BURNEL

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 4 avril 2017 portant renouvellement d'agrément de la société IBO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients**

NOR : AFSZ1730142S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu la décision de la ministre chargée de la santé du 24 mai 2013 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 4 avril 2013 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 12 avril 2013 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 16 février 2017 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 23 mars 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

L'agrément en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel de la société IBO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients est renouvelé pour une durée de trois ans.

#### Article 2

La société IBO s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 4 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le délégué,*  
P. BURNEL



## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Décision du 4 avril 2017 portant agrément du centre hospitalier et universitaire de Strasbourg pour une prestation de mise à disposition d'une infrastructure d'hébergement de données à caractère personnel collectées par les applications fournies par les clients**

NOR : AFSZ1730143S

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 16 février 2017 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 23 mars 2017,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le centre hospitalier et universitaire de Strasbourg est agréé pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation de mise à disposition d'une infrastructure d'hébergement de données à caractère personnel collectées par les applications fournies par les clients.

#### Article 2

Le centre hospitalier et universitaire de Strasbourg s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 4 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le délégué à la stratégie des systèmes d'information,*  
P. BURNEL

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 6 avril 2017 modifiant la décision du 7 janvier 2016 portant renouvellement d'agrément de la société Arrow ECS pour une prestation d'hébergement d'applications fournies par les clients et gérant des données de santé à caractère personnel collectées à des fins de suivi médical**

NOR : AFSZ1730162S

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu la décision de la ministre chargée de la santé du 25 octobre 2012 ;

Vu la décision du 3 avril 2015 ;

Vu la décision du 7 janvier 2016 portant renouvellement d'agrément de la société Arrow ECS pour une prestation d'hébergement d'applications fournies par les clients et gérant des données de santé à caractère personnel collectées à des fins de suivi médical ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 13 septembre 2012 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 21 septembre 2012 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 17 mars 2015 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 22 décembre 2015 ;

Considérant que la décision du 7 janvier 2016 susvisée comporte une erreur relative à la désignation de la prestation d'hébergement de données de santé de la société Arrow ECS, agréée en qualité d'hébergeur, qu'il convient de corriger,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> de la décision du 7 janvier 2016 susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

#### « Article 1<sup>er</sup>

L'agrément en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel de la société Arrow ECS pour une prestation d'hébergement d'applications fournies par les clients et gérant des données de santé à caractère personnel collectées à des fins de suivi médical est renouvelé pour une durée de trois ans à compter du 7 janvier 2016. Cette prestation comporte une fonctionnalité d'accès direct du patient aux applications hébergées. »

#### Article 2

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 6 avril 2017.

Pour la ministre et par délégation :

*Le délégué,*

P. BURNEL

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Secrétariat général

Sous-direction de la prévention des risques  
liés à l'environnement et à l'alimentation

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

Sous-direction de la veille  
et de la sécurité sanitaire

Bureau des risques infectieux émergents  
et des vigilances

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau qualité et sécurité des soins

#### **Instruction DGS/VSS1/PP1/PP4/EA1/SG/DGOS/PF2/78 du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires**

NOR : AFSP1707106J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 3 mars 2017. – Visa CNP 2017-28.

*Résumé* : la présente instruction dresse un bilan de la première phase de la réforme des vigilances introduite par la stratégie nationale de santé et précise les actions de déclinaison territoriale que les agences régionales de santé doivent mettre en place en 2017 pour renforcer la sécurité sanitaire en région.

En particulier, les agences régionales de santé devront mettre en place les réseaux régionaux de vigilances et d'appui, désigner les structures régionales d'appui, les centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins et les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique et assurer la promotion du portail des signalements.

*Mots clés* : sécurité sanitaire – vigilances sanitaires – infections associées aux soins – événements indésirables graves associés à des soins – organisation – prévention – promotion de la déclaration, du signalement.

*Références* :

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé ;

Ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires ;

Décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 relatif au portail de signalement des événements sanitaires indésirables ;

Décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients ;

- Décret n° 2016-1622 du 29 novembre 2016 relatif aux dispositifs de biovigilance et de vigilance en assistance médicale à la procréation ;
- Décret n° 2016-1644 du 1<sup>er</sup> décembre 2016 relatif à l'organisation territoriale de la veille et de la sécurité sanitaire ;
- Décret n° 2016-1744 du 15 décembre 2016 relatif au transfert de la toxicovigilance à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ;
- Décret n° 2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins ;
- Arrêté du 20 février 2017 relatif aux critères de transmission à l'agence régionale de santé des signalements recueillis par les membres du réseau régional de vigilances et d'appui ;
- Arrêté du 27 février 2017 relatif au traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Portail de signalement des événements sanitaires indésirables » ;
- Arrêté du 27 février 2017 fixant la liste des catégories d'événements sanitaires indésirables pour lesquels la déclaration ou le signalement peut s'effectuer au moyen du « Portail de signalement des événements sanitaires indésirables » ;
- Arrêté du 7 mars 2017 relatif aux déclarations des infections associées aux soins et fixant le cahier des charges des centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins ;
- Arrêté du 8 mars 2017 fixant la liste des centres hospitaliers régionaux comportant un centre antipoison ou un organisme chargé de la toxicovigilance ;
- Instruction n° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé ;
- Instruction n° DGS/DUS/SGMAS/SHFDS/2016/40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé ;
- Instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017 relative à la mise en œuvre du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

*Annexes :*

- Annexe 1. – Liste des vigilances sanitaires.
- Annexe 2. – Précisions complémentaires sur le traitement des déclarations effectuées sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables et la promotion de ce portail.
- Annexe 3. – Organisation du processus de sélection et de choix des candidats à la fonction de centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins.
- Annexe 4. – Règlement intérieur du réseau régional des vigilances et d'appui.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences sanitaires nationales (pour information).*

Dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), la ministre des affaires sociales et de la santé a lancé, en concertation avec tous les acteurs concernés, un chantier important de renforcement de la sécurité sanitaire, comprenant une réforme des vigilances sanitaires et de la prise en charge des événements indésirables graves et des infections associées aux soins dont les objectifs visent à :

- améliorer la lisibilité et le pilotage global du système ;
- faciliter et promouvoir la déclaration et la gestion des événements sanitaires indésirables ;
- valoriser la participation des professionnels de santé ;
- mieux coordonner et améliorer l'organisation régionale de la sécurité sanitaire.

La mise en œuvre de ce chantier a été initiée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé, et précisée par des mesures réglementaires et opérationnelles permettant de mettre en œuvre ses principes. Dorénavant il s'agit d'organiser la déclinaison territoriale des mesures prévues par cette réforme dans la mesure où les agences régionales de santé (ARS) sont désormais responsables, en lien avec les autorités publiques, dont les agences nationales, de l'organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires.

Dans ce cadre, la présente instruction décrit un bilan de la première phase de ce chantier et précise les mesures que doivent mettre en place les ARS afin d'assurer une mise en application homogène et coordonnée de cette réforme. Elle présente également des éléments de perspective pour les évolutions à venir.

Elle complète et précise les dispositions de l'instruction n° DGS/DUS/SGMAS/SHFDS/2016/40 du 22 janvier 2016 relative aux principes d'organisation des missions de veille et de sécurité sanitaire et des missions relevant des domaines de la défense et de la sécurité au sein des agences régionales de santé.

## I. – ÉTAT DES LIEUX DE LA PREMIÈRE PHASE DE LA RÉFORME DES VIGILANCES

Aujourd'hui 16 vigilances sanitaires sont en vigueur sur le territoire national (liste figurant en annexe 1) et toutes diffèrent par les obligations incombant en particulier aux professionnels de santé, par leur organisation propre et par les critères et modalités de signalement.

La première phase de cette réforme a donc principalement consisté à instaurer les instruments juridiques permettant de mettre en œuvre les principaux objectifs visés supra, en recherchant à la fois à consolider les différents systèmes de vigilance en place mais également à clarifier l'organisation générale et à faciliter les coopérations entre elles.

### 1.1. Faciliter et promouvoir la déclaration et la gestion des événements sanitaires indésirables

La réalisation de cet objectif passe principalement par la mise en place d'un portail de signalement des événements sanitaires indésirables (dénommé ci-après « le portail des signalements »), accessible à tous : professionnels de santé, professionnels tenus à une obligation de déclaration (fabricant, importateur, utilisateur en aval ou distributeur d'une substance ou d'un mélange mis sur le marché dans le cadre de la toxicovigilance par exemple) et grand public.

Le portail des signalements a été inscrit dans le code de la santé publique par le décret n° 2016-1151 du 24 août 2016 (article D. 1413-58). Sa réalisation a été confiée à l'ASIP Santé et sa première version est opérationnelle le 13 mars 2017 : [www.signalement-sante.gouv.fr](http://www.signalement-sante.gouv.fr).

Son périmètre fonctionnel vise à couvrir l'ensemble des vigilances réglementées ainsi que les événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) ; sa première version regroupe la quasi-totalité des vigilances sanitaires réglementées (voir annexe 1).

Les signalements recueillis *via* le portail des signalements et qui doivent être traités par les ARS (voir annexe 2) sont transmis à ces dernières de façon automatique par une interconnexion avec le SI-VSS, notamment pour ce qui concerne les EIGS.

Une fois les signalements reçus dans le SI-VSS, ils sont traités par les agents de l'ARS. Le portail des signalements conserve uniquement des traces techniques et fonctionnelles de la transmission de ces signalements, mais pas leur contenu. La responsabilité du traitement de ces signalements est intégralement transférée à l'ARS concernée, sans préjudice des responsabilités des agences nationales compétentes.

Des travaux sont en cours pour le développement progressif de ce portail et son interconnexion avec les autres systèmes d'informations concourant à la veille et à la sécurité sanitaire. Un club utilisateurs « portail des signalements » sera également constitué avec des représentants de chaque catégorie d'utilisateurs, déclarants ou évaluateurs, en particulier des ARS. Des notes d'informations vous préciseront régulièrement l'état de ces évolutions.

Au fur et à mesure de la réalisation de ces interconnexions, les outils de télé-déclaration existants seront progressivement fermés, à partir de juin 2017, afin que le portail devienne le portail unique de déclaration pour les professionnels de santé et faciliter ainsi leurs obligations déclaratives ainsi que pour les usagers.

### 1.2. Valoriser la participation des professionnels de santé

L'article 160 de la loi de modernisation de notre système de santé a défini les missions de santé publique des professionnels de santé (article L. 4001-1 du code de la santé publique) :

- les obligations déclaratives ;
- la participation, le cas échéant, à des actions de prévention, de dépistage et de soins nécessitées par un contexte d'urgence sanitaire, mises en œuvre par les agences régionales de santé ;
- sur la base du volontariat, la participation à des actions de veille, de surveillance et de sécurité sanitaire.

Des travaux seront menés, dès 2017, avec les représentants des professionnels de santé pour déterminer les modalités de mise en œuvre de ces missions.

Par ailleurs l'article L. 4001-2 prévoit que « À l'occasion de l'inscription au tableau de l'Ordre, les professionnels de santé déclarent auprès du conseil de l'ordre compétent une adresse électronique leur permettant d'être informés des messages de sécurité diffusés par les autorités sanitaires. Cette information est régulièrement mise à jour et transmise aux autorités sanitaires à leur demande. »

La mise en œuvre de cette disposition passe par la messagerie sécurisée des professionnels de santé développée actuellement par l'ASIP : <https://www.mssante.fr/home>. En tout état de cause, vous participerez à la promotion de l'utilisation de cette messagerie, avec les conseils des Ordres.

### 1.3. Améliorer la lisibilité et le pilotage global du système

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie principalement sur l'harmonisation des dispositions juridiques applicables aux différentes vigilances sanitaires et le transfert de la responsabilité nationale de certaines vigilances entre agences de sécurité sanitaire pour renforcer la cohérence du système.

Un comité directeur de la veille et de la sécurité sanitaire (CODIR SécuSan) a été mis en place par la DGS afin de renforcer la coordination globale des différentes actions menées dans le cadre de la veille, des vigilances et de la sécurité sanitaire. Ce CODIR SécuSan comprend les représentants des directions d'administration centrale, des agences de sécurité sanitaire et des ARS concernées.

#### *Harmonisation des dispositions juridiques applicables aux vigilances sanitaires*

Par l'ordonnance n° 2017-51 du 19 janvier 2017 portant harmonisation des dispositions législatives relatives aux vigilances sanitaires, le Gouvernement a pris les mesures visant à harmoniser les dispositions législatives relatives à la veille, aux vigilances et aux alertes sanitaires. Il s'est principalement agi de :

- sécuriser les obligations de déclarations pour l'ensemble des vigilances, en les introduisant ou en les clarifiant au niveau législatif ;
- préciser certaines définitions et les missions de vigilance des agences sanitaires ;
- donner de la souplesse aux évolutions organisationnelles en déclassant au niveau réglementaire l'organisation des vigilances inscrites dans la loi, la sécurité sanitaire étant en effet un domaine qui évolue régulièrement en fonction des retours d'expérience.

Un décret en Conseil d'État viendra rapidement tirer les conséquences de ces évolutions législatives formelles.

#### *Organiser le transfert de vigilances au niveau national*

Les articles 171 et 173 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé transfèrent des responsabilités sur certains systèmes de vigilances entre agences nationales : la toxicovigilance à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et la biovigilance à l'Agence de la biomédecine (ABM).

#### Transfert de la biovigilance à l'ABM

La biovigilance, qui faisait partie des missions de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a été transférée à l'ABM. Par ailleurs les dispositions applicables à la biovigilance et à l'AMP vigilance, qui faisait déjà partie des missions de l'ABM, ont été harmonisées.

Les procédures mises en place dans ce texte reposent sur les principes suivants :

- un signalement sans délai des effets indésirables inattendus, graves ou non graves, par les professionnels de santé à un correspondant local de biovigilance ou de vigilance en AMP ;
- en cas de fréquence élevée de l'événement, un signalement sans délai du correspondant local à l'ABM et en cas de fréquence non élevée, un enregistrement et une transmission dans le cadre du rapport d'activités de ces structures ;
- l'ABM ne disposant pas de pouvoir de police sanitaire, une convention sera établie avec l'ANSM et les ARS pour déterminer les modalités de transmission des informations qui relèvent de leurs prérogatives afin qu'elles puissent prendre les mesures nécessaires.

Afin de permettre à tous les acteurs du dispositif de qualifier les événements, l'ABM va fixer, pour chaque indication thérapeutique, des critères et des seuils de fréquence, sur la base des données de la littérature scientifique, par décision du directeur général de l'ABM.



## Transfert de la toxicovigilance à l'ANSES

L'ensemble des activités de vigilance des organismes chargés de la toxicovigilance (dont les centres antipoison) est désormais coordonné par l'ANSES. Celle-ci définit les missions et les modalités d'évaluation des organismes chargés de la toxicovigilance. Elle coordonne le recueil et l'analyse des données nécessaires à la toxicovigilance et alerte les autorités sanitaires (article R. 1340-2).

L'ANSES s'appuie sur un comité stratégique de vigilance des organismes chargés de la toxicovigilance, qui émet un avis sur le programme de travail de ces organismes et sur les orientations à prendre concernant leur système d'information (SICAP). Ce comité comprendra notamment les agences nationales chargées des différentes vigilances et des représentants des ARS et des CAP-TV. Il déclinera les orientations générales définies dans le cadre du CODIR SécuSan.

La réponse téléphonique à l'urgence (RTU), principale activité des centres antipoison, n'est pas transférée à l'ANSES. Elle reste gérée par la direction générale de l'offre de soins.

### 1.4. Mieux coordonner et améliorer l'organisation régionale de la sécurité sanitaire

L'article 160 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a confié aux agences régionales de santé un pilotage régional renforcé des vigilances sanitaires.

Cet objectif passe par les actions suivantes qui seront développées dans la présente instruction :

- l'organisation du recueil des signalements à l'échelle régionale ;
- la mise en place d'une réunion régionale de sécurité sanitaire (RRSS) permettant de mieux coordonner les investigations et mesures de gestion locales, notamment en cas d'alerte sanitaire ;
- la mise en place d'un réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA) permettant de coordonner l'action des structures impliquées dans la politique de développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé ;
- l'harmonisation de la couverture territoriale des vigilances ;
- l'adaptation des missions et de la gouvernance des structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA) dans une logique de complémentarité et d'adaptation à la nouvelle organisation territoriale.

En particulier, pour ce dernier point, le périmètre d'intervention des différents réseaux régionaux de vigilances et d'appui doit prendre en compte les évolutions apportées par la réforme territoriale de l'État et permettre une simplification et une meilleure lisibilité de la couverture territoriale pour chacun de ces réseaux.

Par ailleurs, le principe d'une convention entre l'ARS, chaque SRVA compétente sur sa région, ainsi que, le cas échéant, l'agence nationale concernée, sera progressivement généralisé d'ici à 2018 pour faciliter la gouvernance de ces structures. Ces conventions, décrivant les modalités de fonctionnement, préciseront également les principes de financement de ces structures, qui seront adaptés en fonction d'indicateurs d'activité et de résultat qui seront fournis par les structures régionales dans leurs rapports annuels d'activité.

Enfin, en matière d'harmonisation de la couverture territoriale des vigilances sanitaires, les zones géographiques d'intervention des CAP-OTV ont été revues au regard de la cartographie des nouvelles régions (*cf.* arrêté visé en référence).

Une opération analogue est engagée avec l'ANSM concernant la couverture territoriale avec les quelques CRPV et les CEIP dont les territoires d'intervention couvrent encore plusieurs nouvelles régions administratives et devrait aboutir au premier semestre 2017.

## II. – LES ACTIONS À MENER PAR LES ARS

### 2.1. Piloter les SRVA en lien avec les agences nationales concernées

En lien avec les différentes agences de sécurité sanitaire concernées, vous participerez à un pilotage resserré des différentes structures régionales de vigilance et d'appui (SRVA) de votre région :

- centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) ;
- centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance (CEIP) ;
- coordonnateurs régionaux d'hémovigilance (CRH) ;
- centres antipoison et des organismes chargés de la toxicovigilance (CAP-OCTV) ;

- observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) ;
- centres d'appui pour la prévention des infections associés aux soins (CPIAS) ;
- structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients (SRA).

À cet égard, vous procéderez à l'élaboration et à la signature en 2017 des conventions mentionnées au I.4 avec les structures de vigilances et d'appui compétentes sur votre région, le cas échéant en lien avec les agences nationales, à l'exception des CRPV, CEIP et CRH qui feront l'objet d'instructions spécifiques ultérieures. Ces conventions pluriannuelles fixeront les orientations de ces différentes structures au regard de leurs missions définies par voie réglementaire. Elles prévoiront des programmes de travail et des objectifs annuels qui seront déterminés chaque année, avec remise d'un rapport annuel d'activités, et qui permettront d'adapter le financement de ces structures.

Vous participerez également en lien avec le ministère de la santé et les agences nationales à l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs par le recueil et l'analyse de leurs rapports d'activités. Vous publierez ces différents rapports d'activités sur le site Internet de votre ARS.

En l'absence d'échelon régional relatif à une vigilance, vous procéderez à l'élaboration et à la signature en 2017 des conventions prévues réglementairement, en particulier celles, avec l'Agence de la biomédecine, qui sont mentionnées au décret n° 2016-1622 du 29 novembre 2016.

## 2.2. Mettre en place le réseau régional de vigilances et d'appui (RREVA)

Vous constituerez au 1<sup>er</sup> avril 2017 le réseau régional de vigilance et d'appui (RREVA) de votre région. Dans le cadre de ce réseau, vous avez pour missions de :

- définir le programme de travail pour la mise en œuvre de la politique de développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge en santé ;
- organiser la coordination des actions des structures régionales de vigilance et d'appui ;
- favoriser les mutualisations entre membres du réseau régional de vigilances et d'appui, portant notamment sur les outils, les méthodes et les moyens.

Vous piloterez ces actions et déterminerez les engagements respectifs des différents membres du RREVA, sous forme d'un règlement intérieur établi à partir des éléments de contenu proposés en annexe 4.

Tout échelon territorial intervenant dans le domaine de la veille et de la sécurité sanitaire peut également participer au RREVA. En particulier les cellules d'intervention en région mentionnées à l'article L. 1413-2 apportent leur concours au réseau régional de vigilances et d'appui dans les conditions prévues par la convention qui vous lie avec l'ANSP.

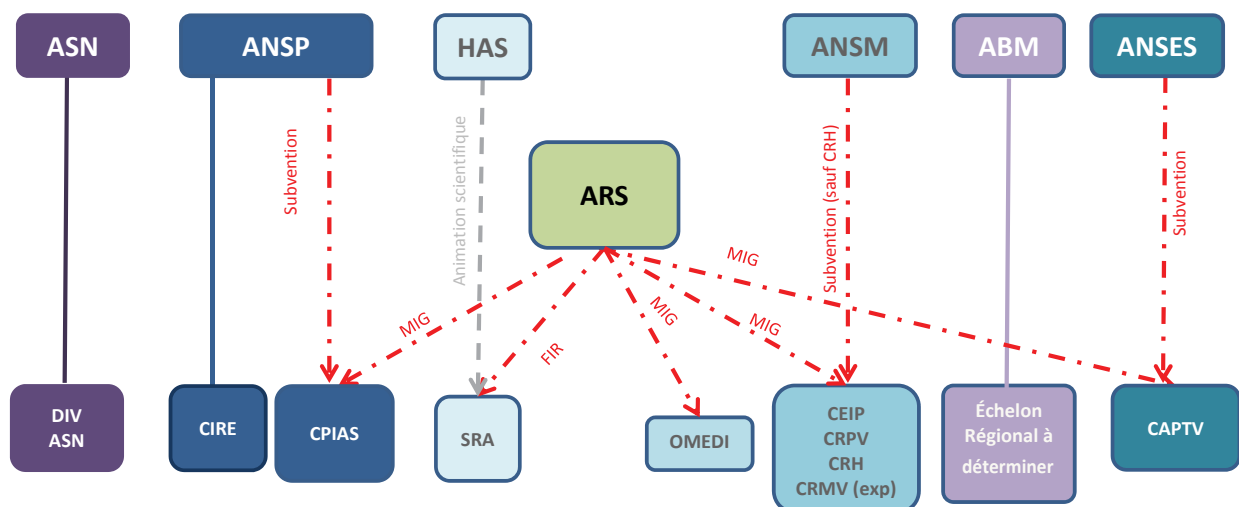


Schéma 1 : Organisation territoriale des vigilances sanitaires

Chaque agence nationale qui participe au financement d'un réseau territorial assure également l'animation scientifique de ce réseau.



### 2.3. Mettre en place une réunion régionale de sécurité sanitaire

Vous organiserez, avec une fréquence adaptée à votre contexte régional, une réunion régionale de sécurité sanitaire (RRSS) afin d'assurer les échanges d'informations sur les événements sanitaires en cours, de coordonner le traitement des signaux et d'organiser leur gestion en veillant, le cas échéant, à la mise en œuvre de mesures correctives ou préventives.

Outre les membres du RREVA et les représentants de l'ANSP (CIRE), membres de droit de cette RRSS, les représentants de l'ABM et de l'Autorité de sûreté nucléaire peuvent également y être invités.

Les établissements de transfusion sanguine (ETS) de l'Établissement français du sang peuvent aussi participer aux travaux du RREVA et à la RRSS.

### 2.4. Organiser le recueil des signalements à l'échelle régionale

À l'échelle régionale, les ARS sont chargées d'organiser, en lien avec les agences nationales compétentes le recueil des déclarations des :

- maladies à déclaration obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire (MDO) ;
- infections associées aux soins (IAS), en lien avec le CPIAS de sa région ;
- événements indésirables graves associés aux soins (EIG), en lien avec la SRA de sa région ;
- tout signalement effectué en application de l'article L. 1413-15 du code de la santé publique ;
- tout autre signalement d'événement sanitaire indésirable (voir annexe 2 concernant les signalements transmis *via* le portail des signalements).

Les ARS sont destinataires de ces signalements relevant de leur compétence.

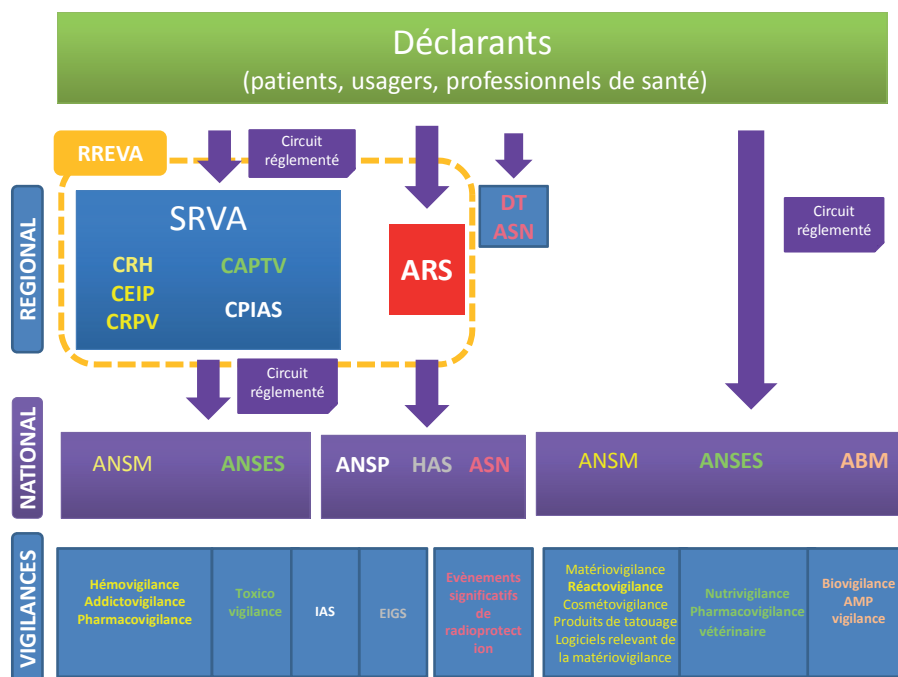


Schéma 2 : Signalements à destination directe des ARS

S'agissant des vigilances réglementées, dont la responsabilité est confiée aux agences sanitaires nationales ou à l'ASN, les ARS sont seulement destinataires des signalements sensibles répondant aux critères définis dans l'arrêté du 20 février 2017 :

1. Tout événement susceptible d'impliquer une intervention urgente de l'agence régionale de santé dans le cadre de ses missions définies au *b* du 1<sup>o</sup> et *e* du 2<sup>o</sup> de l'article L. 1431-2 du code de la santé publique.
2. Tout événement susceptible d'être lié au fonctionnement du système de santé régional, notamment lorsqu'il est de nature à perturber l'organisation des soins, d'induire des tensions dans l'offre de soins ou d'avoir un impact sur la prise en charge des patients.

3. Tout événement porté à la connaissance du public ou susceptible de l'être eu égard à sa gravité, à sa nature ou à son caractère exceptionnel.;
4. Tout événement présentant des caractéristiques inhabituelles en raison, d'un nombre de cas élevé pour le lieu, la période ou la population considérée.
5. Tout événement ayant donné lieu à un signalement ou une plainte auprès des autorités judiciaires.
6. Tout événement dont la gestion peut concerner plusieurs vigilances et nécessiter une coordination régionale par l'agence régionale de santé.

Ces signalements sont transmis de manière anonymisée (anonymisation des données concernant le patient et les professionnels de santé éventuellement impliqués) à l'ARS par :

- les agences nationales, *via* SISAC, dès lors que la vigilance ne dispose pas d'échelon territorial ;
- les SRVA, selon des modalités que vous définirez dans le cadre du RREVA, pour les vigilances disposant d'un échelon régional.

Ces structures informent le déclarant de la transmission de sa déclaration à l'ARS.

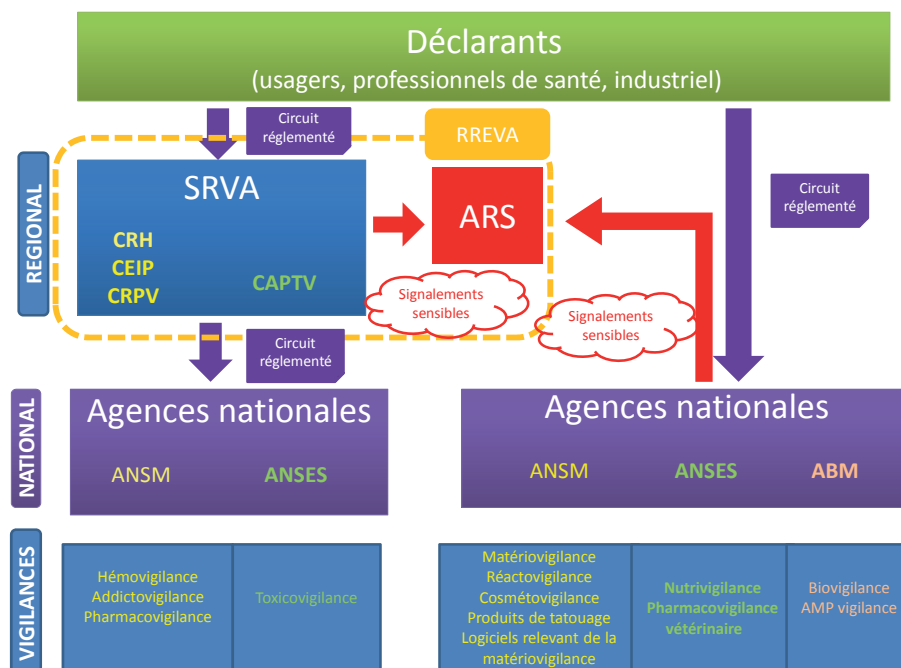


Schéma 3 : Circuit des signalements sensibles de vigilances

Dans le cas de la réception d'un signalement qui concerne plusieurs vigilances et dont l'ARS a été informée, en direct (par exemple dans le cas d'un EIGS) ou par l'intermédiaire d'une SRVA compétente sur sa région, l'ARS coordonne la gestion de ce signalement. Elle assure en particulier le lien avec l'ensemble des autorités sanitaires et des SRVA concernées.

Une note technique d'information vous sera communiquée au 1<sup>er</sup> semestre 2017 pour vous indiquer les règles de priorisation des investigations dans les cas de multivigilances.

## 2.5. Garantir la bonne utilisation du portail des signalements et assurer sa promotion

### *Assurer la sécurité du traitement des informations et la formation des agents*

L'ARS destinataire de signalements est responsable de la confidentialité et de la sécurité du traitement informatique des informations qu'elle reçoit et gère.

Dans ce cadre, l'article 3 de l'arrêté du 27 février 2017 autorisant la mise en œuvre du portail précise que les personnes chargées du traitement des informations enregistrées dans le portail doivent être nommément désignées et habilitées par le responsable de la structure dont elles relèvent. Il vous appartient donc de nommer et habilitier les agents de vos services conformément aux missions qu'ils sont chargés d'exercer.

Par ailleurs, le SI-VSS s'interconnectant avec le portail, celui-ci doit faire l'objet de mesures de sécurité organisationnelles et techniques adaptées à la sensibilité des données contenues dans les

signalements. Il devra notamment respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée dite « loi Informatique et Libertés », procéder à sa propre homologation de sécurité afin de garantir sur l'intégralité de la chaîne de traitement la sécurité des informations contenues dans les signalements collectés, et respecter, le cas échéant, les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

Une note technique descriptive de l'administration, de la gestion des comptes d'accès au portail et des modalités de formation vous sera communiquée prochainement (voir annexe 2).

#### *Assurer la promotion du portail des signalements*

Vous mobiliserez vos réseaux professionnels et usagers au sein de votre région afin de faire connaître l'existence du portail et la nécessité de l'utiliser. Des kits de communication sont disponibles à cet effet dans l'environnement du portail.

Par ailleurs, afin de privilégier l'utilisation du portail des signalements, vous modifierez en cohérence vos sites Internet pour indiquer aux internautes le lien vers le portail dans les meilleurs délais.

Vous veillerez également à ce que les membres du RREVA procèdent également aux mêmes opérations dans les meilleurs délais.

### **2.6. Désigner les CPIAS**

Dans le cadre de la réforme des vigilances et des territoires, les cinq Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) et les vingt-six antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) deviennent les dix-sept centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPIAS).

Dans leur région d'implantation, les CPIAS assurent, dans le cadre du programme de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) des missions régionales :

- l'expertise et l'appui aux professionnels de santé, quels que soient leurs lieux et modes d'exercice, pour la prévention des infections associées aux soins et de la résistance aux anti-infectieux ;
- la coordination ou l'animation de réseaux de professionnels de santé concourant à la prévention des infections associées aux soins et à la lutte contre l'antibiorésistance ;
- l'investigation, le suivi des infections associées aux soins (IAS), l'appui à leur gestion à la demande des professionnels de santé concernés ou de l'agence régionale de santé.

Par ailleurs, chaque CPIAS pourra se porter candidat en réponse aux appels à projets de l'Agence nationale de santé publique pour l'exercice de missions nationales de surveillance et d'expertise.

Pour désigner ces CPIAS, vous organiserez un appel à candidatures sur la base d'un cahier des charges selon les modalités définies à l'annexe 3. Vous procéderez au recueil et à l'analyse des candidatures, que vous transmettez avec votre choix à l'ANSP pour avis. Vous procéderez à la désignation finale avant le 30 juin 2017.

Les CPIAS seront ainsi désignés courant 2017. Pour 2017, les financements des CCLIN et ARLIN seront maintenus et versés à l'identique. Cette modalité permettra aux centres existants (CCLIN et ARLIN) de mener à bien les travaux et enquêtes en cours, de disposer du temps nécessaire aux transitions humaines et matérielles vers les nouvelles structures CPIAS.

Pour 2018, les financements seront attribués aux CPIAS désignés et seront partagés entre missions régionales et missions nationales. Ainsi, dans le cadre du PLFSS 2018, les crédits correspondant aux missions nationales seront transférés à l'ANSP qui conventionnera directement avec les établissements de santé supports des CPIAS retenus pour les missions nationales.

Un dispositif de lissage interrégional sera mis en place avec vous afin de lisser les effets de la modélisation financière compte tenu des rééquilibrages entre régions et du temps nécessaire à la constitution de chaque CPIAS et aux ajustements de personnels *ad hoc*. La DGOS versera à l'ARS la MIG destinée à l'établissement support du CPIAS pour ses missions régionales. Ainsi, l'attribution des MIG CPIAS atteindra sa répartition finale au plus tard en 2020.

### **2.7. Actualiser l'organisation de la lutte contre l'antibiorésistance**

L'instruction n° DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS/2015/212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance identifie les missions qui vous incombent, notamment :

- mettre en œuvre des actions de conseil en antibiothérapie qui consiste à fournir aux prescripteurs d'antibiotiques et un avis ou une expertise face au cas particuliers d'un patient ou d'un résident (physique, conseil téléphonique ou télématique ;

- mettre en place des réseaux régionaux de référents en antibiothérapie s'appuyant sur les référents antibiotiques des établissements de santé, ou des praticiens formés qui dédient une part de leur activité à cet appui fourni à leurs confrères. Dans le cadre d'un appui fourni aux petits établissements ou aux EMS, une contractualisation pourra être effectuée dans le cadre des GHT pour faciliter la mise en œuvre de cette mission ;
- mettre en place des actions de suivi des consommations et des résistances.

La mise en place des CPIAS permet de vous accompagner dans la mise en œuvre de ces missions.

D'une part, les CPIAS vous appuieront pour animer le réseau des référents chargés du conseil et de l'appui aux prescripteurs d'antibiotiques.

D'autre part, les équipes et outils de surveillance des deux « centres de conseil en antibiothérapie » des régions Grand-Est et Pays de Loire, Antibior (outil Consores) et Medqual (outil Medqual), ont vocation à être intégrés aux projets de CPIAS que ces deux régions seront amenées à choisir lors de la phase de désignation des CPIAS, et à répondre ultérieurement aux appels à projets de l'ANSP pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques et des consommations antibiotiques.

Dans ce cadre, vous utiliserez les outils choisis pour ces missions nationales de surveillance de la résistance aux antibiotiques et des consommations antibiotiques afin d'accélérer la disponibilité des données de suivi régional et de faciliter la consolidation de données au niveau national. Concernant la surveillance de la résistance aux antibiotiques en ville, vous développerez dans vos régions un réseau de laboratoires d'analyse de biologie médicale en cohérence avec la mission nationale désignée.

Les modalités actuelles du financement de ces deux outils sont maintenues en 2017 pour assurer le déploiement de leurs missions de surveillance pendant l'année de transition des CCLIN-ARLIN vers les CPIAS. En 2018, leur financement sera assuré *via* les appels à projet pour missions nationales conduits par l'ANSP.

## 2.8. Désignation des SRA

Le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins (EIGS) et aux structures régionales d'appui (SRA) à la qualité des soins et à la sécurité des patients, introduit une section définissant les SRA dont les missions sont définies à l'article R. 1413-74.

L'instruction n° DGS/PP1/DGOS/PF2/DGCS/2A/2017/58 du 17 février 2017, citée en référence, précise les modalités de mise en œuvre de ce décret.

Les directeurs généraux d'ARS désignent une (ou des) structure(s) régionale(s) d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des soins qui aide(nt), si nécessaire, les professionnels de santé concernés à analyser les EIGS et à élaborer des plans d'actions correctives. Les SRA contribuent ainsi à éclairer le directeur général d'ARS sur les conclusions à en tirer. Les SRA sont membres du réseau régional de vigilances et d'appui.

## 2.9. Désignation des OMEDIT

Dès la parution du décret correspondant, vous serez amenés à désigner les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) implantés dans chaque région et qui assurent les missions suivantes :

- l'expertise médico-économique pour l'amélioration de la qualité, de la sécurité, de la pertinence et de l'efficacité de la prescription, de la dispensation et de l'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux ;
- l'élaboration et l'analyse des contrats relatifs aux médicaments et aux dispositifs médicaux passés avec les établissements de santé.

Les OMEDIT sont membres des RREVA et à ce titre ils pourront, à votre demande, contribuer à la gestion des événements indésirables graves associés à des soins, en appui des structures en charge.

## III. – CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES

En 2017, vous serez donc amenés à organiser la déclinaison territoriale de la première phase de la réforme des vigilances selon les orientations définies dans cette instruction.

La mise en œuvre de l'ensemble de ces dispositions fera l'objet, en lien avec les agences nationales, d'un suivi national de leur impact, en particulier sur le volet des ressources, humaines et financières, qu'elles mobiliseront.

Un premier bilan sera effectué d'ici fin 2017.

Vous serez également associées dès le début de l'année 2017 pour participer aux travaux nationaux préparant la seconde phase, afin de répondre aux objectifs suivants :

*Consolider et améliorer l'interopérabilité des systèmes d'information (SI)*

Au-delà des interfaces réalisées entre le portail des signalements, le SI VSS et SISAC, l'ensemble des systèmes d'information de la veille et de la sécurité sanitaire doivent partager des référentiels communs et devenir interopérables, en particulier entre les SI des ARS et des agences nationales.

*Poursuivre l'ajustement des organisations à la réforme territoriale*

Il s'agit de :

- harmoniser et rendre plus lisible et plus robuste le modèle financier des structures régionales de vigilances et d'appui (SRVA) ;
- cartographier et harmoniser le modèle de gouvernance des SRVA ;
- renforcer la coordination des différents réseaux de vigilances.

Le périmètre de ces travaux pourra couvrir, outre les SRVA mentionnées plus haut, les échelons territoriaux en création ou en projet et de façon plus large tout dispositif de vigilance impliquant une responsabilité au niveau régional.

Pour la ministre et par délégation :

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

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

*La secrétaire générale adjointe  
des ministères chargés des affaires sociales,*  
A. LAURENT

ANNEXE 1

LISTE DES VIGILANCES SANITAIRES PRISES EN COMPTE  
SUR LE PORTAIL DES SIGNALEMENTS

- 1° La pharmacovigilance, définie à l'article L. 5121-22.
  - 2° La matériovigilance, prévue à l'article L. 5212-1.
  - 3° La réactovigilance, prévue à l'article L. 5222-1.
  - 4° L'hémovigilance, définie à l'article L. 1221-13.
  - 5° L'addictovigilance, définie à l'article L. 5133-1.
  - 6° La cosmétovigilance, prévue à l'article L. 5131-5.
  - 7° La vigilance exercée sur les produits de tatouage, prévue à l'article L. 513-10-8.
  - 8° La vigilance exercée sur les produits de santé mentionnés aux 18° et 19° de l'article L. 5311-1, définie à l'article R. 5232-16.
  - 9° La biovigilance, prévue à l'article L. 1211-7-1.
  - 10° La vigilance relative à l'assistance médicale à la procréation, prévue à l'article L. 1211-7-1.
  - 11° La vigilance sur les événements significatifs de radioprotection, prévue à l'article L. 1333-3.
  - 12° La toxicovigilance, définie à l'article L. 1340-2.
  - 13° La vigilance alimentaire, prévue à l'article L. 1323-1.
  - 14° La pharmacovigilance vétérinaire (effets sur l'homme), prévue à l'article L. 5141-16.
  - 15° La phytopharmacovigilance (effets sur l'homme), prévue à l'article L. 253-8-1 du code rural et de la pêche maritime.
- Prise en compte ultérieure sur le portail des signalements :
- 16° La vigilance relative aux recherches biomédicales, prévue à l'article L. 1123-10.
  - 17° La vigilance relative aux incidents de sécurité des systèmes d'information, mentionnée à l'article L. 1111-8-2.
  - 18° La vigilance relative aux logiciels d'aide à la prescription et aux logiciels d'aide à la dispensation, mentionnés au 20° de l'article L. 5311-1.



## ANNEXE 2

### PRÉCISIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LE TRAITEMENT DES DÉCLARATIONS EFFECTUÉES SUR LE PORTAIL DE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS SANITAIRES INDÉSIRABLES ET LA PROMOTION DE CE PORTAIL

Le portail de signalement des événements sanitaires indésirables permet d'orienter les personnes qui souhaitent déclarer, de façon dématérialisée, un événement indésirable relevant d'un système de vigilance réglementé ou un événement indésirable grave associé à des soins vers le formulaire destiné à recueillir la déclaration au regard de la cause ou de la nature de l'événement, ou vers le professionnel en charge de cette déclaration.

Dans sa première version, ce portail constitue un mode de déclaration complémentaire des dispositifs déjà existants.

Les informations reçues sur le portail font l'objet d'une transmission sans délai aux professionnels des structures de vigilances régionales ou nationales, conformément à leurs missions précisées par les textes législatifs ou réglementaires. Ces professionnels sont alors tenus d'accéder à ces informations, par le moyen qui leur est ouvert (interconnexion de systèmes d'information, réception de messages sécurisés, accès *via* leur espace personnel sur le portail). Le traitement de cette déclaration est effectué conformément à l'exercice de leurs missions.

Les agences régionales de santé sont destinataires, *via* le portail des signalements suivants :

- signalement par les professionnels de santé ou les représentants légaux d'établissement de santé, d'établissement ou de service médico-social ou la personne qu'ils ont désignée à cet effet, des événements indésirables graves associés aux soins (formulaire spécifique sur le portail, pour la déclaration initiale et dans les trois mois suivants) ;
- signalements par les professionnels de santé des infections associés aux soins, hors établissements de santé (formulaire « générique PS ») (les établissements de santé continuent de déclarer *via* e-sin) ;
- signalements par les professionnels de santé d'événements sanitaires ne relevant pas d'un système réglementé de vigilance, de veille ou de surveillance (formulaire « générique PS ») ;
- signalement par les usagers d'événements sanitaires survenus dans le cadre de soins ou d'exams médicaux (formulaire « générique usager »).

Le traitement de ces signalements s'effectue conformément aux missions des agences régionales de santé, chargées d'organiser la veille sanitaire, en particulier le recueil, la transmission et le traitement des signalements d'événements sanitaires (art. L. 1431-2 du code de la santé publique).

Il convient aussi de rappeler que l'ASIP Santé s'est vu confier la responsabilité de la mise en œuvre du portail. Cela n'a pas pour effet de lui conférer une mission de vigilance, qui reste dévolue aux organismes compétents pour recevoir et traiter les signalements. Toutefois, conformément à la circulaire du premier ministre n° 5725 du 17 juillet 2014 portant sur la sécurité des systèmes d'information, le portail a fait l'objet d'une autorisation temporaire d'exploitation par le directeur général de la santé. L'ASIP Santé est responsable des traitements de données à caractère personnel sur le portail et de la mise en œuvre des mesures de sécurité destinées à garantir la confidentialité et l'intégrité de la conservation, de la sauvegarde et des transmissions de données à caractère personnel *via* le portail.

La promotion du portail des signalements nécessite la désignation, dans chaque ARS, d'un référent régional chargé des relations avec la maîtrise d'ouvrage du portail, ainsi que des relais d'information en interne à l'agence et auprès des déclarants dans sa région. Ce référent régional disposera des compétences techniques métier nécessaires.

Dans l'objectif de suivre le fonctionnement du portail et de proposer ses évolutions ultérieures, un club utilisateurs « portail des signalements » sera également constitué avec des représentants de chaque catégorie d'utilisateurs, déclarants (professionnels et usagers) ou évaluateurs, et notamment de deux représentants des ARS. Un appel à candidatures sera lancé prochainement à cet effet.

## ANNEXE 3

### ORGANISATION DU PROCESSUS DE SÉLECTION ET DE CHOIX DES CANDIDATS À LA FONCTION DE CENTRES D'APPUI POUR LA PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS

Un CPIAS est implanté dans un établissement de santé de la région, qui le représente (à défaut pour lui d'avoir la personnalité morale, mais même en ce cas, son projet est porté par l'établissement de santé d'implantation pressenti, qui sera seul désigné par le directeur général de l'ARS si le projet est retenu). Il peut être hébergé dans un ou plusieurs établissements de santé d'une même région, constituant ainsi plusieurs unités ou sites locaux. Une mutualisation de compétences entre CPIAS est possible. Toute mutualisation est formalisée par conventions entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans lesquels les CPIAS sont implantés.

L'établissement d'implantation pressenti, et en particulier le responsable pressenti, portent le projet. C'est l'établissement d'implantation qui est désigné par le directeur général de l'ARS, qui est engagé, et qui s'assure de l'implication des établissements de santé partenaires pour l'hébergement des sites locaux.

Le décret du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins prévoit la désignation des CPIAS après appel à candidature auprès des établissements de santé de la région sur la base du cahier des charges national diffusé par arrêté du 7 mars 2017.

#### Contenu de l'appel à candidature

L'appel à candidature reposera sur les pièces du dossier listées ci-dessous.

Des modèles de documents (volet technique et scientifique, volet financier, déclaration d'intérêts...) vous seront transmis par la direction générale de la santé afin de faciliter la préparation de cet appel à candidatures et la réponse des centres qui devront respecter le formalisme et les instructions du règlement de consultation ci-dessous.

Le comité de sélection mis en place par le directeur général de l'agence régionale de santé devrait comprendre, outre des agents de l'agence régionale de santé, au moins un professionnel de santé représentant chacun des secteurs de l'offre de soins. Les membres de ce comité auront fourni une déclaration d'intérêt.

#### Éléments de calendrier

L'appel à candidature doit permettre de désigner les établissements porteurs des dix-sept CPIAS et de nommer les responsables des CPIAS avant le 30 juin 2017 pour une durée de cinq ans renouvelable.

La nomination de leur responsable, pour une durée de cinq ans renouvelable, par le directeur général de l'Agence régionale de santé sera précédée de la consultation du directeur général de l'Agence nationale de santé publique.

Compte tenu de ces éléments, l'appel à candidature devrait être publié le 31 mars 2017 et la date limite de réception des dossiers fixée au 31 mai 2017.

#### *Règlement des appels à candidature de constitution de centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins*

APPEL À CANDIDATURE POUR LE CENTRE D'APPUI POUR LA PRÉVENTION  
DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DE [NOM RÉGION]

MANDATURE 2017-2022

DATE ET HEURE LIMITE DE REMISE DU DOSSIER :  
31 mai 2017 - 17 heures

#### 1. Dispositions générales

La candidature est rédigée en français et tous les montants financiers sont exprimés en euros (€).

Les candidats proposeront une organisation, un programme de travail, et un budget permettant de répondre aux exigences du cahier des charges publié par arrêté du 7 mars 2017, pour la région de laquelle il s'agit.



Les candidats utiliseront le dossier de candidature type récapitulant l'ensemble des éléments à verser à l'appui d'une candidature : volet technique et scientifique, volet financier et déclaration d'intérêts. Ils respecteront le calendrier indiqué au point 5.1.

Dans le cas d'une candidature commune associant plusieurs établissements de santé, un seul dossier de candidature sera renseigné. Il sera complété par chaque Établissement de santé hébergeant le CPIAS mais sera déposé par l'Établissement de santé d'implantation du CPIAS.

## 2. Contenu du dossier de candidature

Le dossier de candidature est composé de deux volets distincts :

Un dossier technique et scientifique composé des éléments suivants :

- une description des travaux de l'équipe candidate sur les 5 dernières années, justifiant de son expérience ;
- une proposition d'organisation en réponse au cahier des charges ;
- une proposition de programme quinquennal d'activités régionales qui s'appuiera sur le PROPIAS et sur les éventuelles spécificités régionales de l'épidémiologie des infections associées aux soins et de la résistance aux antibiotiques.

Un volet administratif et financier comprenant :

- la présentation du responsable du projet et de ses principaux collaborateurs, comprenant notamment leurs CV ;
- la déclaration d'intérêts du responsable du projet ;
- une proposition financière comprenant notamment la présentation des effectifs prévisionnels et de la façon dont ils permettront de répondre aux besoins de la région et de candidater le cas échéant aux appels à projets nationaux de l'ANSP ;
- l'engagement des directeurs des établissements de santé d'implantation et d'hébergement ;
- un état des dépenses globales prévisionnelles.

Le fait de postuler à cet appel à candidature engage les candidats au respect des dispositions des articles L. 1451-1 à L. 1452-3 du code de la santé publique.

## 3. Dispositions financières du dossier de candidature

### 3.1. Les principes de financement

Le modèle retenu pour la mandature 2017-2022 repose sur un financement alloué à chaque établissement de santé hébergeant un CPIAS par le biais de crédit MIG sur la base de la modélisation ayant permis la ventilation de crédits régionaux. L'ARS ne saurait agréer un projet dont le budget comprendrait un prélèvement de l'établissement de santé d'implantation du CPIAS ou de tout établissement de santé hébergeant une unité du CPIAS pour frais de gestion et de structures supérieurs à 10 % du budget alloué.

Chaque centre pourra se porter candidat en réponse aux appels à projet de l'agence nationale de santé publique qui attribue les ressources financières afférentes à l'exercice de missions nationales aux centres retenus à l'issue de ses appels à projet.

### 3.2. Les dépenses éligibles

Dans le cadre du financement d'un CPIAS, les dépenses éligibles comprennent exclusivement les dépenses liées aux :

- personnels concourant à la réalisation de l'activité du CPIAS : responsable du CPIAS, professionnels de santé (médicaux ou paramédicaux, biostatisticiens, webmasters, documentalistes, secrétaires ;
- frais de fonctionnement dans la limite de 10 % des coûts éligibles (destinés à couvrir une partie des coûts indirects ou des dépenses d'investissement (ex. matériel informatiques).

Sont entendus par coûts indirects : les coûts qui ne sont pas directement identifiables en tant que coûts spécifiques directement liés à la réalisation de l'action (c'est-à-dire ne pouvant pas lui être imputables directement), mais qui peuvent être identifiés et justifiés comme ayant été encourus dans le cadre de l'action. Il peut s'agir de frais de locaux, dotation aux amortissements, frais postaux, fournitures de bureau, entretien et réparation, maintenance...

#### 4. Remise des candidatures

##### 4.1. Documents à remettre impérativement

Chaque candidat transmettra les pièces constitutives du dossier de candidature complétées, datées et signées par la personne habilitée à engager la responsabilité de la structure assurant la gestion du CPIAS et/ou par une personne habilitée à engager l'établissement de santé d'implantation.

##### 4.2. Conditions d'envoi ou de remise des candidatures

Le dossier de candidature en 5 exemplaires papier (dont 1 original) + 1 version sur support informatique (clé USB ou CD) devra être remis obligatoirement au plus tard le :

31 mai 2017 à 17 heures

Il pourra être transmis :

– soit par la poste sous pli cacheté et recommandé avec A/R ou équivalent à :

Directeur général de l'ARS [région]  
Adresse – Contact

– soit remis directement, contre récépissé, à l'accueil de l'agence régionale de santé à l'adresse ci-dessus mentionnée.

Aucun document ni support remis avec le dossier de candidature ne sera restitué.

##### 4.3. Validité des candidatures

Les candidatures sont réputées valables jusqu'au 30 juin 2017.

##### 4.4. Demande d'informations complémentaires

Les candidats peuvent interroger l'ARS pour avoir des renseignements complémentaires. L'agence régionale de santé se réserve le droit de demander à un candidat de préciser ou compléter des éléments constitutifs de sa candidature. Le candidat disposera d'un délai de 10 jours pour compléter son dossier dans la limite du calendrier prévisionnel.

#### 5. Procédure et modalités de désignation

##### 5.1. Calendrier prévisionnel

La procédure de sélection des projets sera réalisée selon le calendrier prévisionnel suivant :

Publication de l'appel à candidatures	31 mars 2017
Remise des dossiers de candidatures	31 mai 2017
Réponse aux candidats	30 juin 2017

##### 5.2. Critères de sélection des candidatures

Les dossiers des candidats seront évalués par un comité de sélection comprenant des personnalités qualifiées et des personnels de l'agence régionale de santé désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Les candidatures seront appréciées au regard de la qualité de la réponse aux exigences posées dans le cahier des charges et de l'adéquation de l'état des dépenses prévisionnel par le candidat avec le budget prévisionnel établi par les autorités sanitaires.

##### 5.3. Désignation du CPIAS

Après avis du directeur général de l'ANSP, le directeur général de l'agence régionale de santé désignera par arrêté pour 5 ans l'établissement de santé et le projet qu'il porte qui est retenu, et de fait, le responsable du centre.

## ANNEXE 4

### ÉLÉMENTS D'UN RÈGLEMENT INTÉRIEUR TYPE DU RÉSEAU RÉGIONAL DES VIGILANCES ET D'APPUI (RREVA)

Le règlement intérieur a pour objectifs de définir les modalités de participation des SRVA au RREVA ainsi que les engagements de chaque partie, en application des dispositions des articles R. 1413-62 et R. 1413-63 du code de la santé publique.

Une cartographie régionale précise les rôles et les missions respectifs de chaque partie, les complémentarités existantes au regard des différentes missions d'appui notamment, les modalités de coordination de l'action des SRVA par l'ARS au niveau de son territoire d'intervention.

#### 1. Rôles et missions des SRVA vis-à-vis de l'ARS

Chaque structure s'engage à assurer ses missions (expertise, conseil, formation, appui, information) au bénéfice des établissements, des professionnels de santé et des usagers sur l'ensemble du territoire d'intervention de ou des ARS dont elle dépend.

Chaque structure de vigilance informe sans délai l'ARS de tout événement indésirable sensible ou significatif, après une première analyse de celui-ci, et apporte son concours, en termes d'investigation, d'évaluation, d'expertise en tant que de besoin, conformément aux critères définis dans l'arrêté du 20 février 2017 relatif aux critères de transmission aux agences régionales de santé des signalements issus des systèmes de vigilances réglementés comprenant des structures en région.

Chaque structure contribue à l'élaboration et à la mise en place de la politique régionale de l'ARS sur la qualité et sécurité des prises en charges par le biais d'un programme régional de la qualité et sécurité des prises en charge. À ce titre, et au minimum chaque semestre, les structures membres du RREVA transmettent les éléments recueillis susceptibles d'influer sur le programme qualité et gestion des prises en charge.

Chaque structure contribue dans son champ de compétence à l'animation territoriale en étant le relais de l'ARS avec la diffusion d'information et la formation des acteurs concernés conformément au programme d'actions et de son champ de compétence.

Chaque structure s'engage à participer aux réunions régionales de sécurité sanitaire à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé.

#### 2. Rôles et missions de l'ARS vis-à-vis des SRVA

L'ARS organise le RREVA en identifiant les SRVA intervenant dans sa région en vue de les intégrer dans le réseau. La formalisation du réseau doit être assurée dans le respect du rôle et des missions de chacune de ces structures exercées au niveau national et/ou interrégional.

L'ARS coordonne et anime le RREVA en assurant des réunions périodiques avec l'ensemble des SRVA. L'ARS s'assure de la coopération des structures entre elles autour de thématiques transverses communes, notamment dans le cadre du programme régional d'actions sur la qualité et sécurité des prises en charge, du partage d'information notamment dans la veille et l'alerte sanitaires. Elle encourage, si nécessaire, le partage des missions de proximité, notamment en termes de recueil et d'investigation d'événements indésirables et d'actions prévention. Elle sollicite, en tant que de besoin, des travaux d'expertise ou de recherche.

Elle favorise la mutualisation entre SRVA, d'outils, méthodes, systèmes d'information et de ressources rares et fonction support.

Elle définit un programme régional d'actions sur la qualité et sécurité des prises en charge auquel contribuent les SRVA dans leur champ de compétence.

Chaque ARS s'engage à adresser, à la SRVA ou aux SRVA concernée(s), tout signalement d'événement indésirable, dont elle a eu connaissance et qu'elle estime pertinente de relayer suite à l'analyse réalisée.

L'ARS, chaque semestre, présente aux membres du RREVA le bilan des événements signalés pour alimenter la réflexion en région.

L'ARS fournit chaque année aux membres du RREVA, en vue de l'élaboration du programme régional sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins, un bilan des données régionales qu'elle recueille dans les secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire ainsi que les axes prioritaires retenus.

### **3. Interrelations entre les membres du RREVA**

Pour favoriser les interrelations entre les membres du RREVA et le partage des expertises autour de sujet communs, l'ARS définit avec le RREVA lors de l'élaboration du programme annuel les axes prioritaires d'intervention au regard des éléments relatifs à la situation régionale. Les membres du RREVA déterminent les modalités de leurs interventions pour chacune des actions prévues afin de répondre aux besoins régionaux de façon cohérente et exhaustive. Un suivi du déploiement du programme d'actions régional est assuré de façon régulière dans le cadre des réunions du RREVA piloté par l'ARS.

### **4. Modalités d'évaluation des SRVA par l'ARS**

L'ARS procède à une évaluation annuelle de chaque SRVA, en lien avec les agences nationales concernées, sur la base d'un rapport d'activité régional. Ce dernier comportera un bilan des actions propres à chaque structure ainsi que celles menées dans le cadre du programme d'actions régional de l'ARS.

Cette évaluation peut permettre d'adapter le financement régional de chaque structure en fonction du service rendu, sur la base d'indicateurs d'activité.

En vue du financement des SRVA, une convention est établie entre chaque structure, l'ARS du territoire d'intervention et le cas échéant, l'agence nationale concernée. Ces conventions sont adressées au ministère de la santé.

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

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

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Sous-direction de la santé des populations  
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau des infections par le VIH,  
les IST, les hépatites et la tuberculose

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau qualité et sécurité des soins

#### **Instruction n° DGS/SP2/DGOS/PF2/2017/61 du 22 février 2017 relative aux lignes directrices de la prévention et de la prise en charge de la tuberculose résistante et multirésistante**

NOR : AFSP1705959J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 3 mars 2017. – Visa CNP 2017-25.

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

*Résumé* : la présente instruction précise les enjeux et dresse le cadre technique et les conditions nécessaires à la sécurité et à l'efficacité de la prise en charge des patients atteints de tuberculose résistante aux antibiotiques antituberculeux. Elle fait le point des éléments récents concernant le dépistage rapide, les mesures spécifiques de prévention ainsi que les principes du traitement, de l'accompagnement et du suivi de ces personnes.

*Mots clés* : tuberculose – antibiotique – résistance – isolement – dépistage – diagnostic test génotypique – diagnostic moléculaire – traitement – prévention – prise en charge – suivi thérapeutique – accompagnement à l'observance.

*Référence* : code de la santé publique : articles L. 3112-1 à L. 3112-3, L. 3113-1, R. 3113-2, R. 3113-4 et D. 3113-6.

*Circulaire abrogée* : instruction DGS/DU/RI et DGOS/SDPF/PF2 du 7 mai 2013 relative à l'organisation de la prise en charge des patients présentant une tuberculose multi ou ultrarésistante en métropole.

*Annexes* :

Annexe 1. – Lignes directrices de la prévention de la tuberculose multirésistante.

Annexe 2. – Lignes directrices de prise en charge de la tuberculose multirésistante.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé (pour attribution).*

#### INTRODUCTION

La tuberculose est une maladie infectieuse bien maîtrisée par les dispositifs en place et l'arsenal thérapeutique disponible, avec un nombre de nouveaux cas notifiés qui continue à diminuer légère-

ment en tendant vers un plateau d'environ cinq mille nouveaux cas de tuberculose déclarés chaque année en France. Cependant l'émergence et l'augmentation des formes résistantes aux antibiotiques posent des défis nouveaux et sérieux en raison des conséquences collectives potentielles de cette maladie : aussi sa prévention, son traitement complet et le suivi adéquat des cas (et de leurs sujets contact) constituent-ils un enjeu collectif important, dépassant les seules questions de soins individuels, et qui doivent à ce titre mobiliser les acteurs de la santé publique.

La présente instruction vise à vous préciser l'état des connaissances ainsi que le cadre de la prise en charge et du suivi des patients atteints de tuberculose résistante aux antibiotiques antituberculeux et les mesures spécifiques de prévention à mettre en œuvre.

## 1. Définition et importance

La tuberculose à bacilles résistants est une forme de tuberculose grave caractérisée par le fait que les bacilles qui en sont responsables sont devenus insensibles à l'action des médicaments antituberculeux majeurs utilisés pour la traiter. La résistance est initialement la conséquence de traitements mal conduits, d'une durée insuffisante ou mal observés<sup>1</sup>. Une fois devenus résistants, les bacilles tuberculeux le demeurent et peuvent se transmettre de personne à personne entraînant alors d'emblée une tuberculose résistante chez des personnes n'ayant jamais été traitées auparavant pour cette maladie<sup>2</sup>.

La tuberculose à bacilles multi-résistants (MDR) se caractérise par la présence de souches de bacilles tuberculeux<sup>3</sup> résistantes aux deux antibiotiques principaux habituellement utilisés en première intention pour traiter la tuberculose (la rifampicine et l'isoniazide). Une extension de la résistance impliquant deux autres classes majeures d'antituberculeux de deuxième intention définit un stade plus grave « d'ultra-résistance (XDR) ». Les tuberculoses MDR et XDR entraînent une mortalité beaucoup plus élevée que les formes à bacilles sensibles d'autant que l'étendue de la résistance peut croître par l'acquisition progressive et cumulative de nouvelles résistances, notamment à la suite de traitements mal conduits.

### *Incidence des tuberculoses multi-résistantes (MDR) en France*

Cette forme de tuberculose reste peu fréquente en France – avec environ une centaine de nouveaux cas annuels observés ces dernières années – mais son incidence est en forte augmentation dans le monde. Elle constitue un réel sujet d'inquiétude dans certains pays, principalement en Europe Orientale, en Asie Centrale et en Afrique Australe et il y a vraisemblablement dans le monde plus d'un million de personnes qui sont atteintes.

La très grande majorité des cas actuellement diagnostiqués en France sont des patients nés à l'étranger – beaucoup étant récemment arrivés – ce qui tend à indiquer que sa transmission sur notre territoire demeure limitée. La transmission sur le territoire français doit néanmoins rester un point de vigilance particulier.

## 2. Recommandations pour la prévention et la prise en charge des tuberculoses MDR

La prise en charge de ces personnes est à la fois spécifique, coûteuse, longue et malaisée, d'autant que ces personnes ont parfois déjà connu un itinéraire de vie et un parcours thérapeutique difficile avec des problèmes d'observance. Dans deux avis des 16 et 18 décembre 2014, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a précisé, à la demande de la direction générale de la santé, les moyens de prévenir ces résistances<sup>4</sup> et leur transmission et présenté ses recommandations en matière de dépistage et de prise en charge.

Au-delà d'une perspective de soins individuels, les conséquences potentielles des tuberculoses à bacilles multi-résistants constituent une menace collective émergente aussi leur prévention et leur maîtrise concernent-elles particulièrement les ARS qui devront assurer, et suivre attentivement, les conditions locales nécessaires à leur prise en charge adéquate.

<sup>1</sup> On parle dans cette situation de résistance secondaire : secondaire à une exposition aux médicaments antituberculeux, elle traduit surtout des erreurs dans la prise en charge.

<sup>2</sup> On parle alors de résistance primaire, qui traduit la circulation de la maladie qui s'est transmise à des personnes « naïves » jamais traitées.

<sup>3</sup> Les bacilles responsables de la tuberculose appartiennent au genre des Mycobactéries ; ce sont les espèces regroupées sous le nom de complexe *Mycobacterium tuberculosis*, qui regroupe principalement *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium bovis* et d'autres espèces d'importance moindre.

<sup>4</sup> Haut Conseil de la Santé Publique 2016 « Tuberculoses à bacilles résistants : diagnostic et prise en charge » <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=483>.



## 2.1. Mesures de prévention primaire

La prévention de l'apparition des cas de tuberculose multirésistante dépend principalement de la rapidité du dépistage de toutes les personnes atteintes de tuberculose, de quelque type que ce soit, et surtout de la qualité et de la continuité de leur traitement, qui doit être précoce, adapté et suffisamment prolongé pour être efficace et qu'il faut documenter.

Aussi, par l'action des CLAT (centres de lutte contre la tuberculose) sous votre responsabilité, vous vous efforcerez d'améliorer l'exhaustivité (i) des notifications des cas de tuberculose notamment en ce qui concerne la notification des antibiogrammes effectués, et surtout (ii) des déclarations des issues de ces traitements, qui restent très insuffisantes. Par le suivi régulier des activités des CLAT, vous resterez attentifs aux cas d'abandons de traitement ainsi qu'aux mesures mises en œuvre pour rechercher ces personnes et pour faciliter l'observance des traitements. Dans cet objectif, certains CLAT peuvent bénéficier d'une autorisation de programme d'éducation thérapeutique pour les patients atteints de tuberculose.

Vous veillerez également à faciliter la mise en œuvre du volet d'accompagnement social qui fait partie intégrante de la prise en charge de nombreux malades tuberculeux afin d'en garantir la continuité et le succès. En effet la tuberculose atteint préférentiellement des personnes vulnérables sur le plan social, ayant fréquemment des besoins additionnels importants en termes de logement, de situation familiale, de compréhension du français, de clarification administrative ou des problèmes additionnels de co-morbidité, de nutrition ou de dépendance.

## 2.2. Mesures de dépistage et de diagnostic de la tuberculose à bacilles multi-résistants

### Un diagnostic plus précoce de la multi-résistance

Pour éviter les diagnostics tardifs de tuberculose – à bacilles sensibles comme à bacilles résistants –, tous les médecins assurant des consultations de premier recours devraient être sensibilisés régulièrement à ce diagnostic ; en particulier à la possibilité de multi-résistance chez les personnes provenant de pays de forte prévalence ou ayant déjà été traitées pour une tuberculose. À cette fin, vous pourrez notamment vous appuyer sur les actions de formation menées dans vos territoires par les principaux acteurs impliqués.

Afin de raccourcir le temps de diagnostic de la multi-résistance, le HCSP a introduit de nouvelles recommandations (cf. Annexe 2) impliquant l'utilisation précoce de tests de biologie moléculaire. Vous veillerez donc à ce que les tests d'amplification génique préconisés soient accessibles dans les principaux centres hospitaliers, ainsi qu'à la diffusion adéquate de l'information concernant ces tests génotypiques et leur disponibilité. Désormais chaque cas de tuberculose identifié par un examen microscopique positif doit pouvoir bénéficier très rapidement d'un test de biologie moléculaire avec au minimum détection d'une mutation de résistance à la rifampicine – puis d'un autre test de confirmation si le premier test est positif – afin de s'assurer qu'il est ou n'est pas multi-résistant. Le premier test génotypique doit être réalisé très rapidement. Il est en effet indispensable de vite savoir, pour chaque cas de tuberculose rencontré, s'il peut bénéficier d'un traitement standard de première ligne, ou s'il relève d'une équipe et d'un environnement hautement spécialisés et d'un traitement individualisé spécifique différent du traitement de première intention.

### Des mesures de santé publique à prendre dès le diagnostic

Nous appelons votre vigilance sur les insuffisances observées pour la notification des cas de tuberculose – pourtant obligatoire – qui est loin d'être exhaustive<sup>5</sup>. La notification de toute tuberculose ainsi que son signalement nominatif sans délai à l'ARS (et au CLAT responsable) doivent être assurés conformément aux articles R. 3113-2 et R. 3113-4, article D. 3113-6 du code de la santé publique et ce signalement est encore plus impératif en cas de multi-résistance. C'est ce signalement qui permet aux CLAT de déclencher sans retard les mesures de dépistage dans l'entourage du cas lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ces enquêtes dans l'entourage des cas sont cruciales en présence d'une tuberculose à bacilles multi-résistants afin d'empêcher la diffusion des souches pathogènes résistantes au sein de la communauté, et doivent être menées par les CLAT malgré les difficultés opérationnelles rencontrées chez les populations précaires et vous vous assurerez de leur effectivité.

Il conviendra également que vous vous assuriez que les CLAT sous votre autorité assurent désormais le suivi prolongé – durant au moins deux ans – des personnes ayant pu être infectées au

<sup>5</sup> L'exhaustivité de cette notification a été estimée à 73 % en 2014 en comparant les données de la déclaration obligatoire avec les informations du PMSI (Girard D, Antoine D, Che D, Epidemiology of pulmonary tuberculosis in France. Can the hospital discharge database be a reliable source of information?, *Médecine et maladies infectieuses*, Vol 44 - N° 11-12 - décembre 2014, 509-514, DOI : 10.1016/j.medmal.2014.10.002.

contact de malades ayant une tuberculose MDR, car il s'agit d'une nouvelle recommandation du HCSP. Les sujets dans l'entourage d'un cas de tuberculose à bacilles multi résistants chez qui il est déposé une infection latente (ITL) seront informés d'une manière claire, et la pertinence d'un traitement préventif sera systématiquement discutée avec les équipes expertes.

L'identification de cas groupés ou reliés entre eux par une chaîne commune de contamination prend également une importance croissante dans ce contexte de multi-résistance, nécessitant parfois une vision suprarégionale qu'il appartient aux ARS de mettre en place en lien avec les CIRE, en restant vigilantes sur les données épidémiologiques ou de génotypage suggérant des liens ou des filiations entre cas.

### 2.3. *Un parcours de soins à anticiper et à faire respecter*

Les malades ayant une tuberculose multirésistante doivent être pris en charge d'une manière spécifique :

- ininterrompue et précoce ;
- assurée par des équipes multidisciplinaires expertes ;
- au sein de filières de soins et d'accompagnement bien définies.

Il vous appartient de structurer ces réseaux de prise en charge et d'en informer les praticiens ainsi que de veiller à la bonne adéquation entre les modes de prise en charge et le stade la maladie.

Cette prise en charge comprend deux phases distinctes successives durant plusieurs mois (jusqu'à 24 mois<sup>6</sup>) : (i) une phase initiale, qui correspond souvent à la phase de contagiosité des malades. L'administration d'un traitement adapté à chaque cas et l'application rigoureuse des mesures des précautions complémentaires de type « Air » systématiques individuelles et collectives, doivent alors permettre d'interrompre la transmission, puis (ii) une phase d'entretien et de consolidation du traitement, avec un traitement moins lourd. Cette deuxième phase, d'une durée toujours supérieure à six mois, ne doit habituellement plus se dérouler dans un service aigu/MCO, car la contagiosité est alors contrôlée<sup>7</sup> et le traitement stabilisé, mais devra toujours permettre, par exemple dans un service de soins de suite, un accompagnement efficace des malades et de garantir l'adhésion au traitement et à sa continuité absolue, tout en réduisant l'impact des effets secondaires des traitements.

Chaque ARS veillera à recenser ou mettre en place des parcours de soins clairement identifiés pour prendre en charge de manière adéquate les malades atteints de tuberculose à bacilles résistants, parcours bien adaptés aux différentes étapes du traitement. Comme précisé par l'instruction DGS/DGOS du 7 mai 2013, chaque ARS doit tenir à jour une liste d'établissements hospitaliers MCO aptes à prendre en charge ces patients, durant la phase initiale de leur traitement, c'est-à-dire permettant l'isolement de tels patients, la réalisation des tests nécessaires à la confirmation du diagnostic et au suivi des patients. Ceci nécessite l'identification préalable et l'analyse de lieux de soins disposant des ressources humaines et des équipements nécessaires<sup>8</sup>. Les ARS devront notamment veiller à ce que les équipes soignantes qui prennent en charge ces malades et initient ou modifient leurs traitements disposent, comme le HCSP le recommande, d'une réelle expertise de ce type de situation dans une approche nécessairement pluridisciplinaire (*cf.* annexe 2). Elles veilleront également à ce que ces établissements disposent de protocoles spécifiques d'hygiène respiratoire pour la prise en charge de ces patients dès leur arrivée – avec notamment la mise à disposition de masques de protection individuelle adaptés pour les patients et d'autres pour les personnels – permettant d'assurer un strict isolement notamment vis-à-vis de malades ayant une vulnérabilité accrue à la tuberculose, comme par exemple les immunodéprimés.

En ce qui concerne la phase d'entretien du traitement, plusieurs types d'établissements, d'hébergement et de filières de soins peuvent convenir et être intégrés dans le parcours de soins (*cf.* Annexe 2). Les ARS veilleront à disposer de filières capables au plan technique d'accompagner et de traiter ces patients selon les normes en vigueur, avec une organisation évitant toute interruption de soins et permettant de gérer les flux de ces patients.

Dans la mesure où bon nombre de ces malades n'ont pas la possibilité d'être traités à domicile, ou n'ont pas de domicile propre, des solutions d'hébergement doivent pouvoir être proposées en lien avec les institutions compétentes, en tenant compte des spécificités physiologiques et socio-

<sup>6</sup> Cependant des avancées scientifiques sont encore susceptibles de faire évoluer les standards internationaux de ce traitement. Dans certaines situations de multi-résistance limitées bien définies par l'Organisation mondiale de la santé et l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, un traitement spécifique de neuf mois est efficace [http://www.who.int/tb/Short\\_MDR\\_regimen\\_factsheet.pdf](http://www.who.int/tb/Short_MDR_regimen_factsheet.pdf).

<sup>7</sup> Ce qui est attesté par les résultats de deux cultures négatives espacées d'un mois.

<sup>8</sup> *Cf.* avis du HCSP <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=483>



logiques de ces malades et du coût élevé de leurs traitements. Les ARS devront faciliter la fluidité du dispositif et veiller principalement à permettre le maintien d'un continuum de prise en charge : aucune interruption de traitement ne devrait survenir sans l'accord de l'équipe soignante et chaque abandon de traitement devrait être signalé à l'ARS par les équipes responsables de la prise en charge thérapeutique et sociale ou au CLAT afin de tenter de faire adhérer de nouveau chaque patient à son traitement.

Vous veillerez à tenir le ministère informé des éventuelles difficultés rencontrées dans la pratique du terrain pour la mise en œuvre de cette instruction.

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

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

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

## ANNEXE 1

### LA PRÉVENTION DE LA TUBERCULOSE MULTIRÉSISTANTE

#### 1.1. Éviter la survenue de tuberculose multirésistante due à un non-suivi thérapeutique, grâce à une prise en charge adéquate de chaque cas de tuberculose conforme aux recommandations

Il est crucial d'empêcher la création de nouveaux cas de tuberculose multirésistante sur notre territoire par la mise en œuvre de certaines mesures essentielles de bonne pratique. Ces mesures de prévention primaire concernent donc le traitement de toutes les formes de tuberculose, y compris les formes les plus courantes qui sont sensibles aux antituberculeux.

Il est donc essentiel que la prise en charge de première intention de chaque cas de tuberculose de l'adulte à bacilles sensibles :

- (i) commence par l'isolement adapté<sup>1</sup> de toute personne suspecte de tuberculose contagieuse jusqu'à ce qu'elle soit jugée non contagieuse par son médecin ;
- (ii) soit rigoureusement conforme aux recommandations de la HAS<sup>2</sup> et notamment débute par la quadrithérapie de première intention<sup>3</sup> ;
- (iii) favorise activement l'adhésion du patient au traitement<sup>4</sup> en recherchant et prenant en compte précocement les obstacles à l'accès aux médicaments<sup>5</sup> ainsi que les facteurs de risque de non-observance ;
- (iv) que son efficacité soit documentée jusqu'à son terme (issue du traitement) et que cette « issue de traitement » soit notifiée avec le concours de l'équipe soignante et du CLAT.

#### 1.2. Limiter au maximum la diffusion des tuberculoses multirésistantes existantes

La prévention de la tuberculose dépend principalement du traitement efficace et rapide des cas, surtout des cas contagieux, et c'est le principe de base universel de la maîtrise de cette maladie, multirésistante ou non. Lorsqu'une personne est atteinte de tuberculose multi ou pauci-résistante, son dépistage le plus précoce possible suivi d'un traitement approprié, adapté et prolongé constituent les interventions principales permettant non seulement de guérir individuellement chaque malade mais aussi de maîtriser collectivement la maladie en jugulant la contagion et en interrompant la chaîne de transmission épidémique interhumaine<sup>6</sup>.

Pour limiter la durée de contagiosité des cas de tuberculose multirésistante, leur repérage et leur dépistage doivent être aussi précoces que possible. Une vigilance accrue des praticiens doit donc s'exercer envers les personnes les plus à risque, notamment celles en provenance récente de pays où l'incidence de la tuberculose – et de la tuberculose MDR – est très élevée. En effet les délais moyens du diagnostic de la tuberculose sont encore très longs en France, preuve que cette maladie est trop souvent ignorée et que certains praticiens ne l'envisagent ou ne la connaissent pas assez. Sa sémiologie mériterait d'être rappelée lors d'actions de formation continue afin de ne pas manquer les occasions de poser un diagnostic précoce et que les dépistages trop tardifs se raréfient.

Une fois le diagnostic de tuberculose maladie posé, il est essentiel que l'équipe soignante puisse définir rapidement si elle est en présence d'une tuberculose MDR ou non, afin de savoir si le traitement de première ligne est approprié, ce qui est le cas dans 97 % des tuberculoses qui en France restent sensibles aux antituberculeux. La détermination de la sensibilité aux antibiotiques reposait jusqu'à présent uniquement sur la réalisation d'antibiogrammes après culture du prélèvement, parti-

<sup>1</sup> Cf. recommandation 2013 de précautions complémentaires « AIR » de la SF2H ; On veillera à maintenir une cohérence entre les précautions d'isolement prescrites et les démarches d'enquête menées par le CLAT auprès de l'entourage, puisque ces mesures découlent toutes de la contagiosité présumée de la personne malade.

<sup>2</sup> Guide HAS. Tuberculose active ALD 2007

<sup>3</sup> Chez l'adulte « Traitement quotidien de 6 mois en deux phases comprenant : durant la première phase de 2 mois, l'association de 4 antibiotiques : isoniazide (INH), rifampicine (RMP), pyrazinamide (PZA) et éthambutol (EMB) ; puis durant la deuxième phase de 4 mois, l'association isoniazide et rifampicine ».

<sup>4</sup> Cf. ch 3.5 du guide Tuberculose active ALD de l'HAS, 2007.

<sup>5</sup> Accès aux médicaments qui peut nécessiter une demande d'ALD, de CMU-c, ou d'AME, voire de prise en charge pour soins urgents.

<sup>6</sup> En outre, dans l'entourage d'un cas, le dépistage et le traitement éventuel des infections latentes chez les sujets contact constituent une stratégie complémentaire qui prévient en amont l'apparition de nouveaux cas de même génotype dans une population.

culièrement longs avec le germe en cause (*Mycobacterium tuberculosis* met plusieurs semaines à se développer sur milieu solide). Cette étape permet de déterminer le choix du traitement le plus approprié.

Pour chaque nouveau cas de tuberculose qui est diagnostiqué par examen bactériologique microscopique ou par culture, une recherche rapide de la résistance aux antituberculeux est désormais disponible et devra systématiquement être mise en œuvre comme le recommande le HCSP par détection sans délai de marqueurs moléculaires de résistance, en sus de la mise en culture qui reste nécessaire.

En l'absence de ce diagnostic précoce de résistance, des personnes ayant une tuberculose à bacilles multi-résistants risqueraient d'être traitées inutilement durant plusieurs semaines avec des médicaments inadaptés et susceptibles de sélectionner des résistances supplémentaires, tout en étant maintenues dans un isolement contraignant et démotivant.

Des mesures de précautions spécifiques contre la transmission aérienne doivent être systématiquement mises en œuvre par les établissements recevant des personnes ayant une tuberculose MDR, notamment pour les lieux de passage et surtout de séjour de ces patients. Il s'agit de mesures de signalisation, d'organisation de la circulation des personnes – circulation qui doivent être aussi limitée que possible – de ventilation des locaux et du port d'équipements de protection individuelle (masques) par les malades contagieux – afin de protéger les personnes vulnérables à leur contact. Il est également indispensable que les personnels de santé et les éventuels visiteurs de tuberculeux contagieux – ou suspects d'être contagieux – portent de manière adéquate des équipements de protection individuelle respiratoire adaptés dans le cadre des précautions « Air ». L'information des patients (et des personnels) sur l'importance et les modalités du port des différents types de masques de même que leur mise à disposition sont impératifs. Ces mesures peuvent également concerner les salles d'attente et salles d'examen en milieu de soins ainsi que les foyers d'hébergement, centres de transit ou d'autres lieux confinés.

## ANNEXE 2

### LES PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TUBERCULOSE À BACILLES MULTIRÉSISTANTS (MDR)

#### Une éventualité à évoquer en routine

En cas de suspicion de tuberculose chez une personne, l'attention des équipes soignantes doit systématiquement se porter sur la recherche de facteurs de risque de multi-résistance en analysant :

- (i) les antécédents personnels de tuberculose – surtout si le traitement a été interrompu ;
- (ii) les contacts antérieurs avec des personnes atteintes de tuberculose ;
- (iii) l'origine géographique du patient et les antécédents d'incarcération à l'étranger. La multi-résistance est présente dans le monde entier mais avec une fréquence élevée ou très élevée dans les pays de l'ex URSS et de l'Afrique Australe.

#### Des mesures systématiques à prendre en termes de précautions d'hygiène respiratoire sans attendre la confirmation du diagnostic

Les précautions d'hygiène standard accompagnées des mesures spécifiques de type « Air », telles que proposées par la SF2H<sup>1</sup>, sont à mettre en œuvre immédiatement et rigoureusement vis-à-vis de tout cas suspect de tuberculose – ainsi que tout cas confirmé. Cette mesure ancienne garde toute son actualité. Les protocoles spécifiques de prise en charge des patients tuberculeux et l'agencement des locaux devront autant que possible empêcher les contacts et la proximité entre tout patient suspect de tuberculose et toutes les personnes particulièrement vulnérables à la tuberculose en raison de leur âge ou de leur immunité.

#### Des tests génotypiques rapides à la recherche de marqueurs de la résistance systématiquement (i) effectués et (ii) confirmés pour permettre un diagnostic précoce

Chaque fois qu'un diagnostic de tuberculose est posé sur la base d'un examen microscopique ou d'une culture, il devra être procédé sans délai (< ou = 72h) à un, ou des tests d'amplification génique sur des prélèvements adéquats permettant de :

- confirmer éventuellement que l'on est en présence d'une mycobactérie à transmission interhumaine, impliquant que soient menées rapidement des investigations dans l'entourage du cas<sup>2</sup> ;
- rechercher une mutation prédictive d'une résistance à la rifampicine (au minimum). La présence d'une résistance à la rifampicine doit faire considérer cette souche comme multirésistante<sup>3</sup> jusqu'à preuve du contraire.

Les résultats positifs traduisant une résistance génotypique à la rifampicine seront immédiatement signalés à l'équipe soignante, à l'équipe opérationnelle d'hygiène à l'ARS, à l'ANSP, au CLAT concerné afin d'adapter le traitement, la prise en charge et le suivi de ces patients ainsi que de leurs contacts.

Chaque fois qu'une mutation prédictive de résistance à la rifampicine<sup>4</sup> est mise en évidence, elle sera confirmée par la réalisation d'un deuxième test de biologie moléculaire utilisant une technique différente.

Comme le recommande le HCSP, chaque cas de tuberculose MDR<sup>5</sup> diagnostiquée devra sans tarder faire l'objet de tests de sensibilité à l'ensemble des antituberculeux (tests phénotypique par antibiogramme et test génotypique). Ces tests seront réalisés localement selon les possibilités des différents laboratoires de bactériologie et de biologie moléculaire accessibles ; à défaut ils seront assurés par le Centre national de référence (CNR) des mycobactéries. Chaque souche multirésistante

<sup>1</sup> [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013\\_air\\_gouttelettes.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_air_gouttelettes.pdf)

<sup>2</sup> C'est-à-dire un test d'amplification génique montrant que la souche responsable du cas appartient au « complexe *Mycobacterium tuberculosis* » ; en effet les autres mycobactéries – parfois appelées atypiques, ou non-tuberculeuses – n'exposent pas aux mêmes risques de transmission interhumaine.

<sup>3</sup> La tuberculose multirésistante (TB MDR) est définie par la présence d'une souche du complexe *Mycobacterium tuberculosis* résistante à la rifampicine et à l'isoniazide. En pratique la résistance à la rifampicine est le plus souvent associée à une résistance à l'isoniazide.

<sup>4</sup> Mutation du gène *rpoB*.

<sup>5</sup> C'est-à-dire résistance, au moins, à l'isoniazide et à la rifampicine.

appartenant au complexe *Mycobacterium tuberculosis* doit être transmise rapidement au CNR des mycobactéries et de la résistance des mycobactéries<sup>6</sup> afin que son profil de résistance phénotypique et génotypique soit précisé dans le cadre de la surveillance et/ou d'enquêtes épidémiologiques.

Par ailleurs, en cas de multi-résistance, l'Organisation mondiale de la santé recommande également de réaliser rapidement un test de biologie moléculaire (test de type *Line Probe Assay* (LPA) pour mettre en évidence ou éliminer la présence de marqueurs de résistances préoccupantes supplémentaires impliquant les deux principales classes d'antituberculeux de deuxième ligne, ce qui permettrait d'orienter immédiatement la conduite thérapeutique. Ces tests permettraient de gagner du temps sans toutefois pouvoir remplacer l'étude complète du spectre de sensibilité<sup>7</sup> par une méthode phénotypique qui doit être assurée dans tous les cas.

### **Des précautions strictes d'hygiène complémentaires « air » à maintenir durant toute la durée de contagiosité**

Les patients chez qui une tuberculose MDR a été diagnostiquée doivent, sauf exception définie par l'équipe soignante, être hospitalisés aussi longtemps qu'il existe un risque qu'ils transmettent leur maladie. Tant qu'ils sont susceptibles d'être contagieux, il convient de les isoler en mettant en œuvre – outre les précautions standard – les précautions d'hygiène complémentaires « air » habituelles<sup>8</sup> de manière très stricte. Ces patients doivent en particulier être séparés à tout moment des autres personnes ayant des facteurs de vulnérabilité à la tuberculose. En outre des mesures d'isolement concernent également une phase « pré-thérapeutique » rendue souvent nécessaire par le délai requis pour déterminer le spectre complet de résistance. Sauf cas particulier, ces précautions sont à maintenir jusqu'à la négativation des cultures successives de deux séries d'examen d'expectoration (les résultats d'examens directs ou génotypiques ne présageant pas de la viabilité des bacilles).

L'hospitalisation des patients porteurs de TB MDR susceptibles d'être contagieux doit être uniquement effectuée dans les services spécifiquement identifiés par les ARS pour cette mission. Les établissements qui hospitalisent ces patients devront être conformes aux recommandations du HCSP<sup>9</sup>, en ce qui concerne l'adéquation des locaux, l'expertise des personnels et l'existence de protocoles de gestion de ces cas (ventilation des locaux, procédures de transport, séparation des patients vulnérables, signalétique, maîtrise des déplacements et circulations internes pour examen complémentaires et radiologie, coordination avec l'EOH locale, formations au port des protections respiratoires individuelles et expérience du personnel). Lorsqu'un diagnostic de tuberculose MDR est porté dans un établissement qui ne remplit pas les conditions nécessaires à l'hospitalisation d'un tel patient, il est préférable que celui-ci soit transféré dans un établissement adapté, en s'assurant du respect et de la continuité des mesures d'hygiène respiratoire « Air » pendant le transport.

Les implications à terme du diagnostic ainsi que la nécessité des mesures d'hygiène devront sans tarder être expliquées de manière positive à chaque malade, en s'assurant de sa parfaite compréhension, et en apportant des réponses à ses interrogations, le cas échéant en recourant à des interprètes professionnels ou/et des médiateurs.

Dans certaines situations de refus irréductible de l'hospitalisation échappant à la négociation, et sous réserve que la situation des sujets contacts au domicile du malade soit rigoureusement prise en compte et que les risques inhérents à leur exposition soient maîtrisés, il pourra être envisagé avec l'équipe soignante de maintenir ces patients à leur domicile tout au long du traitement. Cependant cette décision devrait rester très exceptionnelle en raison des risques d'exposition communautaire qu'elle comporte.

### **Un traitement complexe et spécialisé qui relève d'un cadre normé et d'équipes spécialisées**

Le traitement des tuberculoses MDR doit nécessairement obéir aux principes énoncés par le HCSP<sup>10</sup> pour un bénéfice individuel et collectif ; il n'est pas opportun de s'en éloigner. Il est donc

<sup>6</sup> <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Centres-nationaux-de-referance/Liens-vers-les-sites-des-CNR>.

<sup>7</sup> [http://www.cochrane.org/CD010705/INFECTN\\_rapid-test-genotyper-mtbdsl-testing-resistance-second-line-tb-drugs](http://www.cochrane.org/CD010705/INFECTN_rapid-test-genotyper-mtbdsl-testing-resistance-second-line-tb-drugs)

<sup>8</sup> Société Française d'Hygiène Hospitalière : recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire Air et Gouttelettes [http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013\\_air\\_gouttelettes.pdf](http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/sfhh/2013_air_gouttelettes.pdf)

<sup>9</sup> Lignes directrices accessibles à : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=483>

<sup>10</sup> Récemment l'OMS a mis à jour ses lignes directrices concernant la prise en charge de la tuberculose à bacilles résistant ; ces dernières recommandations modifient quelque peu la classification des médicaments antituberculeux et reconnaissent l'utilité d'un traitement raccourci (7 antituberculeux, 9-12 mois) pour les tuberculoses pulmonaires MDR dans certaines conditions définies avec précision (absence de résistance aux quinolones et aux injectables/aminosides). <https://www.google.fr/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=TB+MDR+latest+guidelines+short+course>

important que les équipes pluridisciplinaires disposant de l'expertise spécifique nécessaire dans ce domaine soient identifiées et coordonnées localement par leur ARS afin de pouvoir orienter précocement les malades vers les lieux les plus adaptés à leur prise en charge. Les possibilités thérapeutiques pour cette maladie sont limitées aussi « faut-il limiter l'usage des antituberculeux récents\*<sup>11</sup> aux unités d'hospitalisation ayant l'expérience de la prise en charge thérapeutique des tuberculoses MDR, de la gestion de l'observance médicamenteuse, du suivi thérapeutique anti-infectieux et des effets indésirables ».

Lorsqu'elle existe, une RCP « mycobactéries » dans le principal établissement compétent localement peut servir de relais pour l'ARS, le CLAT, l'établissement hospitalier et le SSR afin d'optimiser le parcours de soins.

Le traitement médicamenteux doit être autant que possible adapté précisément au spectre de sensibilité des souches en cause et ceci implique une collaboration étroite entre cliniciens et biologistes, y compris ceux du CNR. Les décisions concernant ce traitement devront autant que possible être prises de manière collégiale. Il existe en France, ainsi qu'au niveau européen, un dispositif de conseil thérapeutique spécifique aux TB-MDR, susceptible d'appuyer tout clinicien dans la prise en charge de tels patients et il est fortement recommandé de le consulter pour initier ou modifier un traitement de TB MDR. Ce Consilium, ou groupe thérapeutique multidisciplinaire, tient des réunions systématiques régulières à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (avec le CNR), et les praticiens éloignés peuvent y participer par téléphone [01 42 16 20 83] pour discuter collégalement des meilleures options thérapeutiques individualisées en confrontant les aspects cliniques et microbiologiques.

### **Une exigence particulière de continuité du traitement**

Les équipes soignantes devront veiller à maintenir la continuité du traitement tout au long du parcours de soins. L'adhésion d'un patient à son traitement dépend grandement de la qualité de l'accompagnement et de la préparation à l'observance. Elle est très liée à la prise en compte des autres demandes et besoins éventuels des patients : pathologie somatique ou psychiatrique associée, problème de dépendance, précarité sociale etc. Cette continuité absolue nécessite :

- (i) de rechercher l'adhésion de chaque patient aux principes et aux modalités de son traitement, adhésion qui découle d'une bonne compréhension des enjeux et des échéances par le patient et est très liée à la qualité de la communication avec l'équipe soignante. Beaucoup de malades ne maîtrisant pas bien la langue française, les explications simples et répétées, ainsi que le recours à des traducteurs-interprètes professionnels sont souvent nécessaires à la qualité de cette communication ;
- (ii) de réaliser un suivi très rigoureux de l'observance du traitement, au besoin en mettant en place un traitement directement, ou indirectement supervisé (DOT, ou *Directly Observed Therapy*) avec un suivi individualisé des patients ; un bilan est à assurer au minimum mensuellement et un suivi semestriel après guérison est recommandé. Cette supervision du traitement doit s'appliquer également durant toutes les phases d'hospitalisation ;
- (iii) une anticipation, une information et un dépistage proactif et précoce des éventuels effets indésirables du traitement. À cette fin l'utilisation de documents multilingues imprimés ou d'autres médias (audiovisuels, applications pour téléphone portable) est à développer ;
- (iv) une approche pluridisciplinaire de la prise en charge avec une forte coordination entre les différents acteurs impliqués (personnel administratif, équipes soignantes spécialistes de la prise en charge de la tuberculose, microbiologistes, éventuellement chirurgiens, équipe opérationnelle d'hygiène, pharmaciens, psychiatres, médecins des centres de lutte antituberculeuse, équipes mobiles de soins, équipes de transport, travailleurs sociaux, ONG, traducteurs formés...) ;
- (v) l'identification précoce de filières complètes de traitement couvrant les différentes phases du traitement : phase initiale (adaptation thérapeutique, contagiosité, injections) et d'entretien (entretien de la motivation du patient, solutions de logement et de prise en charge sociale éventuelle).

### **Une gestion spécifique des sujets ayant été au contact proche de tuberculeux MDR**

La tuberculose MDR étant transmissible par voie aérienne dans les mêmes conditions qu'une tuberculose à bacille sensible, une attention particulière doit être portée aux contacts<sup>12</sup> des sujets malades susceptibles d'avoir été infectés durablement par ces pathogènes résistants. À l'issue de

<sup>11</sup> C'est le cas en particulier du delamanide et de la bedaquiline qui sont à réserver aux formes les plus fortement résistantes cf. note d'information DGS/PP2/2016/76 du 15 mars 2016 relative au traitement de la tuberculose multirésistante par les antituberculeux Sirturo® 100 mg comprimé, Granupas® 4 g granulés gastro-résistants, Delytba® 50 mg comprimé pelliculé associés à d'autres médicaments.

<sup>12</sup> « Contact » au sens de la transmission par voie aérienne c'est-à-dire les personnes qui ont partagé un espace fermé durant un temps cumulé suffisant avec le cas lorsque/si ce dernier était contagieux.



l'enquête d'entourage menée par le CLAT dans l'entourage d'un tuberculeux MDR, les personnes ayant contracté une Infection tuberculeuse (latente) présumée secondaire à ce cas index MDR feront l'objet d'un enregistrement spécifique et d'un suivi clinique longitudinal prolongé documenté durant au moins deux années, coordonnés par le CLAT du lieu de domicile du patient index. Ces données seront transmises à l'ARS/ANSP. Ces personnes devront être clairement informées de leur situation et du risque potentiel de déclencher secondairement une tuberculose elle-même multirésistante y compris au-delà des deux années de suivi. Une décision éventuelle de traiter préventivement ces infections latentes à bacilles résistants, notamment chez le jeune enfant, ne sera prise qu'en liaison avec un service expérimenté dans la prise en charge des tuberculoses résistantes et un groupe d'experts après évaluation du rapport bénéfice/risque.

### **L'orientation des patients dans les structures de soins**

La prise en charge de cette maladie passe par des phases successives qu'il convient de planifier et d'enchaîner sans interruption afin d'optimiser les moyens mis en œuvre et de faciliter le succès du traitement.

Après la phase initiale du traitement – souvent plus prolongée que pour une tuberculose sensible – les malades présentant une tuberculose multirésistante ne sont plus susceptibles de transmettre la maladie tant qu'ils poursuivent leur traitement. Il n'y a donc plus de contrainte d'isolement concernant leur hébergement. Cet hébergement doit rendre possible l'accès à l'équipe soignante – en particulier lorsque des produits injectables sont administrés – et ne doit pas favoriser les contacts avec des personnes immunodéprimées. Il reste essentiel que ces malades disposent d'un hébergement convenable, afin de ne pas majorer leur risque d'abandon de traitement.

Pour les patients sans domicile fixe, éventualité très fréquente, il conviendra d'exploiter les opportunités d'hébergement localement identifiées au préalable par l'ARS. Quelques établissements de SSR de pneumologie, dont les locaux sont adaptés et le personnel formé à recevoir ces malades, peuvent constituer une alternative pour ces patients traités durant plusieurs mois, en veillant précocement avec l'ARS à la prise en charge financière des molécules onéreuses qui font toujours partie du traitement médicamenteux.

En cas de refus de soins ou de refus des mesures d'hygiène respiratoire et d'isolement, c'est le plus souvent la répétition, de manière patiente et convaincante, des explications sur le bien-fondé de ces mesures auprès du malade réticent qui constitue la mesure la plus efficace, même si elle nécessite beaucoup de temps et d'empathie de la part des équipes soignantes. En cas de blocage complet de l'attitude d'un patient, l'ARS pourra envisager, en lien avec l'équipe soignante et la préfecture, de mettre en route des mesures destinées à conforter l'autorité des recommandations médicales, voire de mettre en œuvre une procédure d'injonction d'isolement, toujours proportionnée aux risques<sup>13</sup>, en cas de réel danger de contamination menaçante, en lien avec le ministère chargé de la santé et les autorités judiciaires. En aucun cas cependant un traitement ne peut être imposé à une malade tuberculeux contre son gré, en dehors d'un contexte psychiatrique bien défini.

---

<sup>13</sup> En s'appuyant par exemple sur le code général des collectivités territoriales, notamment les articles L. 2212-2 et 2215-1 relatifs aux pouvoirs de police municipale applicables aux accidents naturels et leurs conséquences (dont les maladies épidémiques ou contagieuses). Le préfet peut également fonder son action dans ce domaine en s'appuyant sur la législation relative aux menaces sanitaires graves (code de la santé publique L. 3131-1) avec une procédure plus lourde adaptée à des risques sévères avérés.

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

### Santé environnementale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Sous-direction de la prévention des risques  
liés à l'environnement et à l'alimentation

Bureau environnement intérieur, milieux de travail  
et accidents de la vie courante

### **Note d'information n° DGS/EA2/2017/80 du 10 mars 2017 relative à la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public**

NOR : AFSP1707390N

*Date d'application* : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 3 février 2017. – N° 13.

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

*Résumé* : la présente note d'information a pour objet de présenter le rôle des services dans l'accompagnement à la mise en œuvre du dispositif de surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les établissements d'accueil d'enfants de moins de six ans et les écoles élémentaires (échéance au 1<sup>er</sup> janvier 2018). Elle précise également les modalités de gestion des dépassements portés à la connaissance du préfet de département dans les établissements précités.

*Mots clés* : air intérieur – surveillance – école – accueil d'enfants de moins de 6 ans.

*Références* :

Code de l'environnement : article L. 221-8 et articles R. 221-30 à R. 221-37, modifiés par le décret n° 2015-1000 du 17 août 2015 relatif aux modalités de surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public ;

Décret n° 2012-14 du 5 janvier 2012 modifié relatif à l'évaluation des moyens d'aération et à la mesure des polluants effectuées au titre de la surveillance de la qualité de l'air intérieur de certains établissements recevant du public, modifié par le décret n° 2015-1926 du 30 décembre 2015 ;

Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2016 relatif aux modalités de surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public ;

Arrêté du 1<sup>er</sup> juin 2016 relatif aux modalités de présentation du rapport d'évaluation des moyens d'aération.

*Annexe* :

Courrier relatif à l'entrée en vigueur de la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public.

*Le directeur général de la santé à Mesdames et Messieurs  
les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

La simplification de la surveillance obligatoire de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public a été rendue possible par la publication des décrets n° 2015-1000 du 17 août 2015 et n° 2015-1926 du 30 décembre 2015 ainsi que des arrêtés du 1<sup>er</sup> juin 2016. Cette surveillance consiste en une évaluation des moyens d'aération et en la réalisation d'une campagne de mesures de polluants de l'air intérieur ou de l'élaboration d'un plan d'actions visant à prévenir



l'exposition des personnes fréquentant l'établissement. Les établissements concernés par cette surveillance, dans le cadre de la présente note d'information, sont les établissements d'accueils collectifs d'enfants de moins de 6 ans et les écoles élémentaires (échéance au 1<sup>er</sup> janvier 2018).

Le courrier annexé à la présente note, élaboré par les services de la direction générale de la prévention des risques (DGPR) et de la DGS, à l'attention des DREAL et des ARS, vise à présenter le rôle des services dans l'accompagnement à la mise en œuvre du dispositif et les modalités de gestion des dépassements portés à la connaissance du préfet de département, pour les établissements précités.

Les ARS seront sollicitées dans le cadre de leurs missions d'évaluation sanitaire des risques et d'appui dans la gestion des alertes sanitaires. Elles seront ainsi susceptibles d'intervenir pour conseiller le préfet et l'établissement en cas de dépassement des valeurs limites de qualité de l'air. Elles ont également vocation à accompagner l'établissement dans ces actions ainsi que dans l'information en direction des personnels et des parents des enfants fréquentant l'établissement.

Par ailleurs, il convient de souligner, en termes de sensibilisation des gestionnaires d'établissements, l'importance de développer une approche globale de la qualité de l'air intérieur, incluant le risque radon pour les communes concernées.

Vous voudrez bien me faire part des difficultés rencontrées dans l'application de la présente note d'information.

*Le directeur général de la santé,*  
Pr B. VALLET

ANNEXE



MINISTÈRE DE L'ENVIRONNEMENT,  
DE L'ÉNERGIE ET DE LA MER,  
EN CHARGE DES RELATIONS INTERNATIONALES  
SUR LE CLIMAT

*Direction générale de la prévention  
des risques*

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Paris, le 10 mars 2017

**Objet : entrée en vigueur de la surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public**

*Le directeur général de la prévention des risques et le directeur général de la santé aux directrices et directeurs des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement et de la direction régionale et interdépartementale de l'environnement et de l'énergie ; aux directrices et directeurs des agences régionales de santé ; copie aux préfets de département.*

La présence dans l'air intérieur de nombreuses substances, dont certaines sont cancérigènes, ainsi que le temps passé dans des espaces clos en font une préoccupation de santé publique. En particulier, les enfants peuvent être exposés dans les écoles et les lieux d'accueil à plusieurs polluants émis par le mobilier, les produits d'entretien et les fournitures scolaires. Les concentrations en polluants mesurées dans l'air des écoles peuvent être parfois plus élevées par rapport à d'autres lieux de vie, du fait aussi de la densité d'occupation des locaux et d'un renouvellement de l'air souvent insuffisant.

La loi du 12 juillet 2010 portant engagement national pour l'environnement a ainsi introduit une obligation de surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public. La liste des établissements concernés par cette surveillance et le calendrier d'application sont disponibles sur l'intranet du ministère de l'environnement (ICAR – rubrique qualité de l'air intérieur) et sur le RESE<sup>1</sup>. Les établissements accueillant des enfants sont concernés en priorité, les enfants étant particulièrement sensibles aux polluants de l'air intérieur.

Initialement composé d'une évaluation de l'état des moyens d'aération par des organismes accrédités et d'une campagne obligatoire de mesure de polluants, le dispositif a été ensuite modifié. Ainsi, conformément à l'article R. 221-30 du code de l'environnement, cette surveillance, mise en œuvre par le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement tous les sept ans, repose désormais sur :

- une évaluation obligatoire de l'état des moyens d'aération et de ventilation ;
- la réalisation d'une campagne de mesure de certains polluants (formaldéhyde, benzène, dioxyde de carbone et tétrachloroéthylène si l'établissement est contigu à une installation de nettoyage à sec). À défaut de la réalisation de la campagne de mesure, l'établissement peut mettre en place un plan d'actions sur la base d'une évaluation réalisée à partir du guide pratique pour une meilleure qualité de l'air intérieur dans les lieux accueillant des enfants.

Les modalités de mise en œuvre de la surveillance pour les établissements d'accueil collectif d'enfants de moins de six ans et les écoles élémentaires avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ainsi que pour les accueils de loisirs et les établissements d'enseignement ou de formation professionnelle du second degré avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 sont détaillées dans le document intitulé « Mise en œuvre de la surveillance de la qualité de l'air intérieur » disponible sur l'intranet du ministère de l'environnement (ICAR – rubrique qualité de l'air intérieur) et sur le RESE<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Rubrique Air intérieur/Surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public : <http://rese.intranet.sante.gouv.fr/santenv/interven/airint/ecole/surv.htm>

Ce courrier porte plus particulièrement sur l'accompagnement à la mise en œuvre du dispositif et les modalités de gestion des dépassements portés à la connaissance du préfet de département, pour les établissements précités.

## I. – ACCOMPAGNEMENT DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA SURVEILLANCE

Ces obligations relèvent avant tout des gestionnaires d'établissements. Les services de l'État mobiliseront leurs réseaux pour le seul accompagnement à la mise en œuvre du dispositif.

Les DREAL sont pilotes en région sur ce dispositif réglementaire et peuvent constituer et animer un groupe d'échanges. Les ARS seront quant à elles sollicitées dans le cadre de leurs missions d'évaluation sanitaire des risques et d'appui dans la gestion des alertes sanitaires.

### 1. Information des gestionnaires sur la mise en œuvre de la surveillance

Au niveau national, les gestionnaires d'établissements seront informés par l'intermédiaire des sites Internet des ministères chargés de l'environnement et de la santé sur lesquels ils pourront télécharger l'ensemble des documents tenus à leur disposition. L'Institut français des formateurs risques majeurs et protection de l'environnement (IFFO-RME) participera également au relais de ces informations auprès des différentes académies. Pour les établissements publics relevant des collectivités, celles-ci seront aussi informées *via* des publications de l'Association des maires de France (AMF).

Au niveau local, nous vous invitons à mettre à jour vos sites Internet sur le dispositif de surveillance, les obligations des gestionnaires et l'accompagnement qui pourra leur être proposé dans le cadre de situations de dépassements (*cf.* I.2). Par ailleurs, nous vous invitons à diffuser de la documentation à l'occasion de manifestations que vous jugerez pertinentes.

À cet effet, la DGPR met à votre disposition des exemplaires des documents suivants :

- la brochure intitulée « La surveillance de la qualité de l'air intérieur dans les lieux accueillant des enfants – le rôle des collectivités locales et des gestionnaires de structures privées » ;
- le « guide pratique pour une meilleure qualité de l'air dans les lieux accueillant des enfants » ;
- l'affiche « Dans cet établissement, on agit collectivement pour la qualité de l'air intérieur ».

### 2. Mise en œuvre de la surveillance

#### a) En cas de mise en place d'une campagne de mesure des polluants

La campagne de mesure de polluants doit être effectuée par des organismes accrédités COFRAC<sup>2</sup>.

En cas de dépassement des valeurs d'actions :

- l'organisme accrédité chargé des prélèvements doit informer le préfet du département dans un délai de 15 jours, en parallèle d'une information du propriétaire ou de l'exploitant de l'établissement ;
- le propriétaire ou l'exploitant de l'établissement doit faire procéder, dans un délai de 60 jours après réception des résultats d'analyse, à une expertise afin d'identifier la source de la pollution et transmettre au préfet de département le rapport d'expertise dans un délai de 15 jours après sa réception ;
- la campagne de mesures doit ensuite être renouvelée dans les deux ans après la réception du dernier rapport.

Bien que la réglementation n'impose pas la mise en place d'actions correctives ou des travaux préconisés par le rapport d'expertise, il convient de rappeler au propriétaire ou à l'exploitant les risques sanitaires associés aux dépassements de ces valeurs pour les personnes fréquentant l'établissement et de l'engager fortement à mettre en place les actions correctives, d'autant que celui-ci est tenu d'afficher les résultats des mesures effectuées à l'entrée de l'établissement.

En cas de dépassement des valeurs d'actions, la réalisation de l'expertise et la mise en œuvre des actions correctives sont de la responsabilité et à la charge de l'établissement. Pour faciliter la recherche des sources d'émission de polluants, la DGPR a confié à l'INERIS la mise en place et l'animation d'un réseau de laboratoires qualifiés. Une liste sera disponible début 2017 sur le site Internet de l'INERIS, relayée par les sites des ministères de l'environnement et de la santé. Les établissements sont libres d'utiliser cette liste ou de faire appel à tout autre prestataire de leur choix.

---

<sup>2</sup> <https://www.cofrac.fr/documentation/LAB-REF-30>

Le préfet de département sera parfois enclin à solliciter les DREAL et ARS lorsqu'un signalement sera porté à sa connaissance : dépassements des valeurs réglementaires, plaintes faisant suite aux résultats de la surveillance, prise de connaissance des résultats de l'évaluation des moyens d'aération et des plans d'actions, le cas échéant. Les DREAL et les ARS sont ainsi susceptibles d'intervenir pour conseiller le préfet de département et accompagner l'établissement en cas de dépassement des valeurs limites : rappel des exigences réglementaires, transmission de la liste indicative des laboratoires retenus pour la recherche des sources de pollution, précisions quant au type d'éléments attendus dans le plan d'action, accompagnement pour la communication en direction des personnels et des parents des enfants fréquentant l'établissement, etc.

Pour ce faire, des documents d'aide à la gestion sont tenus à disposition sur l'intranet du ministère de l'environnement (ICAR – rubrique qualité de l'air intérieur) et sur le RESE<sup>1</sup> notamment, un outil d'aide à la gestion qui précise, pour chaque polluant, les modalités de gestion des résultats en fonction des niveaux de concentration mesurés.

Il n'est pas attendu que les DREAL et ARS se chargent des investigations dans l'établissement en cas de dépassement des valeurs réglementaires.

Pour le suivi d'une situation de dépassements et la remontée, au niveau national, d'éventuelles difficultés rencontrées dans l'accompagnement de cette situation<sup>3</sup>, l'organisation de réunions regroupant les services du préfet de département, l'ARS, des représentants désignés par le recteur (notamment les coordonnateurs académiques « risques majeurs » ou des directeurs académiques des services de l'éducation nationale) et autant que de besoin, des représentants des propriétaires des établissements publics (conseils départementaux, communes, etc.) et privés concernés peut être utile.

#### b) En cas d'élaboration d'un plan d'actions

Les établissements peuvent choisir d'élaborer un plan d'actions sur la base d'une évaluation menée à partir du « Guide pratique pour une meilleure qualité de l'air dans les lieux accueillant des enfants ». Celui-ci est tenu à la disposition du préfet de département. Le document intitulé « Mise en œuvre de la surveillance de la qualité de l'air intérieur » disponible sur l'intranet du ministère de l'environnement (ICAR – rubrique qualité de l'air intérieur) et sur le RESE<sup>1</sup> détaille les éléments attendus dans ce plan d'actions.

Dans le guide pratique, il est recommandé dans certaines situations de procéder à des mesures de la qualité de l'air intérieur. Le gestionnaire de l'établissement peut alors :

- faire appel à un organisme accrédité COFRAC pour effectuer une campagne de mesure des polluants. En cas de dépassement des valeurs limites, les DREAL et les ARS seront susceptibles d'être sollicités par le préfet de département ou par le gestionnaire de l'établissement ;
- ou utiliser directement des kits de mesure qui fourniront uniquement une indication sur la qualité de l'air au sein de l'établissement. Les résultats obtenus ne seront pas opposables. Il n'est pas prévu que le préfet de département soit informé de dépassements sur la base des résultats de ces kits. L'INERIS mettra à disposition des gestionnaires d'établissements une liste de kits conformes à un cahier des charges technique, au cours du premier trimestre 2017.

## II. – CONTRÔLE

À ce stade de la mise en œuvre de cette nouvelle réglementation, l'action de l'État est axée sur l'accompagnement dans la mise en œuvre de cette surveillance. Des actions de contrôle des établissements concernés pourront être envisagées dans un second temps.

L'article L. 226-2 du code de l'environnement précise les agents habilités à procéder à ces contrôles : les inspecteurs de l'environnement, les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, les agents des douanes et, à Paris, les ingénieurs et techniciens du laboratoire central et les inspecteurs de salubrité de la préfecture de police.

Nous vous remercions de nous faire part des suites données à ces recommandations et des éventuelles difficultés d'application.

*Le directeur général de la prévention  
des risques,*  
M. MORTUREUX

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

<sup>3</sup> L'opportunité de transmettre ces situations de dépassement au niveau national sera évaluée conformément à l'instruction DGS/DUS/CORRUS/2015/229 du 25 juin 2015 relative aux modalités de transmission et de gestion des alertes et des situations sanitaires exceptionnelles entre les ARS et le ministère en charge de la santé.

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

#### Urgences

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau du premier recours (R2)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

*Direction générale de la sécurité civile  
et de la gestion des crises*

Sous-direction des moyens nationaux

Bureau des moyens aériens

#### **Instruction interministerielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2017/102 du 24 mars 2017 relative aux moyens hélicoptérés de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et des établissements de santé utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente**

NOR : AFSH1709586J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 31 mars 2017. – Visa CNP 2017-38.

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

*Résumé* : cette instruction interministérielle définit des principes communs et des indicateurs d'activité applicables aux moyens hélicoptérés de la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises et des établissements de santé (hélicoptères de la sécurité civile et héliSMUR) utilisés dans le cadre du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU).

*Mots clés* : hélicoptère – héliSMUR – hélicoptère d'État – hélicoptère de la sécurité civile (HSC) – groupement d'hélicoptères de la sécurité civile (GHSC) – base d'hélicoptères de la sécurité civile – aide médicale urgente (AMU) – secours à personne (SAP) – secours d'urgence aux personnes (SUAP) – service d'aide médicale urgente (SAMU) – centre 15 – centre de réception et de régulation des appels (CRRA) – régulation médicale – structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) – agence régionale de santé (ARS) – agence régionale de santé de zone (ARSZ) – préfet de zone de défense et de sécurité (PZDS) – centre opérationnel de zone (COZ) – état-major interministériel de zone (EMIZ) – centre de traitement de l'alerte (CTA).

*Références* :

Code général des collectivités territoriales, notamment les articles L. 1424-1 à L. 1424-4, L. 1424-42, R. 1424-24, R. 1424-43 ;

Code de la défense, notamment les articles L. 1142-2, L. 1311-1 et R. 1311-1 ;

Code de la santé publique, notamment les articles L. 1411-1, L. 1431-1 à L. 1431-4, L. 1435-1 à L. 1435-2, L. 3131-1 à L. 3131-11, L. 6112-1, L. 6311-1 à L. 6311-2, R. 1435-1 à R. 1435-9, R. 6123-1 à R. 6123-12, R. 6123-14 à R. 6123-17, D. 6124-12 à D. 6124-16, R. 6311-1 à R. 6311-7 ;

Code de la sécurité intérieure, notamment les articles L. 112-1, L. 112-2, L. 122-1 à L. 122-5, L. 711-1, L. 721-1 à L. 723-20, L. 741-1 à L. 742-15, R. 122-4, R. 122-8, R. 741-1 à R. 741-17 ;

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

Décret n° 2013-728 du 12 août 2013 portant organisation de l'administration centrale du ministère de l'intérieur et du ministère des outre-mer ;

Circulaire NOR IOC/K11/107/69/C du 6 juin 2011 relative aux orientations générales pour la mise en œuvre des moyens publics concourant au secours en montagne et sa formalisation dans le cadre d'une disposition spécifique ORSEC ;

Circulaire interministérielle NOR INTE 1224209 C du 4 mai 2012 relative à la contribution des services départementaux d'incendie et de secours aux opérations de sauvetage en mer ;

- Circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DGSCGC/2013/374 du 26 septembre 2013 relative à l'élaboration du plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires ;
- Circulaire interministérielle n° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente ;
- Instruction ministérielle NOR : INTE1705834J relative à l'emploi des aéronefs du groupement des moyens aériens de la sécurité civile ;
- Instruction du 29 août 2011 relative à l'organisation de l'aide médicale en mer ;
- Instruction interministérielle NOR PRMD1327269 JO du 4 novembre 2013 relative à la coordination et à l'optimisation des moyens aériens en cas de crise localisée sur le territoire national ;
- Instruction n° DGOS/R2/2013/409 du 22 novembre 2013 relative à la désignation des SCMM (SAMU de coordination médicale maritimes) et des SMUR-M (SMUR maritimes) dans le cadre de l'aide médicale en mer ;
- Instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Instruction interministérielle du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites, zone à remplir le cas échéant.

*Annexes :*

- Annexe I. – Moyens hélicoptés utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente : principes partagés – indicateurs communs d'activité.

*La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'intérieur à Mesdames et Messieurs les préfets de zone de défense et de sécurité ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ; M. le chef de groupement d'hélicoptères de la sécurité civile.*

L'aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé. Les missions de sécurité civile dont celle du secours à personnes (SAP) sont du ressort du ministère de l'intérieur (dans différents textes en vigueur, le SAP est également dénommé SUAP : secours d'urgence aux personnes).

L'efficacité de la réponse à la demande d'un usager, patient ou victime, nécessite l'action coordonnée des différents acteurs du SAP et de l'AMU. La coordination des interventions, la complémentarité des moyens et, plus généralement, la coopération entre ces acteurs constituent un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers mais recouvre également une exigence d'efficacité globale.

Ces exigences constituent la ligne directrice de la feuille de route santé-intérieur élaborée conjointement par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) et la DGSCGC (direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises). Cette feuille de route est l'expression d'une volonté conjointe du ministère des affaires sociales et de la santé et du ministère de l'intérieur d'optimiser, notamment, la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels qui permettent d'apporter en tout point du territoire national la réponse la plus rapide et la plus adaptée à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents, y compris lorsque ces activités nécessitent le recours à des moyens hélicoptés (AXE 2 de la feuille de route Interministérielle : « Renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'hélicoptés »).

Dans cette optique, la DGOS et la DGSCGC ont mis en place un Comité de Pilotage interministériel (COPIL) dédié à la complémentarité des moyens hélicoptés qui sont utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU quels que soient leurs statuts : héliSMUR et hélicoptères d'État. Le COPIL est le lieu de concertation interministérielle pour évoquer les questions d'intérêt commun dans le respect des prérogatives de chaque ministère, des agences régionales de santé (ARS) et des préfets et en considération des exigences opérationnelles relatives aux missions de chacun.

Les travaux entrepris au sein de ce COPIL ont abouti à la rédaction du document conjoint DGOS-DGSCGC annexé à la présente instruction. Ce document est relatif aux principes partagés et aux indicateurs communs d'activité des moyens hélicoptés (héliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile) utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU. Ce document regroupe et synthétise, à droit constant, les principales dispositions applicables et définit des modalités de coopération qui s'articulent autour :



- de principes généraux : complémentarité, cohérence, efficience, transparence ;
- de principes d'organisation, applicables aux modalités d'implantation et de fonctionnement des bases, ainsi qu'aux partenariats locaux ;
- de principes de mise en œuvre opérationnelle des moyens : coordination opérationnelle dans l'intérêt de la personne à prendre en charge, emploi de l'hélicoptère le plus adapté à la mission et disponible dans des délais compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge, mobilisation des équipes spécialisées les plus adaptées à la situation ;
- enfin, des principes de gouvernance, au niveau national comme dans les territoires.

Sont également traités des cas particuliers comme les interventions en mer et en montagne, ou encore la mobilisation des moyens hélicoptères en situation de crise.

Les principes définis ont vocation à être reflétés au sein de l'instruction DGSCGC actualisant l'instruction n° 92-850 relative à l'emploi des aéronefs du groupement des moyens aériens de la sécurité civile et au sein de l'instruction DGOS portant référentiel d'activité de SMUR hélicoptée.

Nous vous invitons dès à présent, chacun dans votre champ de compétence, à prendre les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre ces principes ainsi que les modalités de gouvernance prévues par ce document. Ces principes doivent notamment être repris dans le cadre de conventions locales établies conjointement entre vos services, les SDIS, les établissements de santé et les services de la DGSCGC.

Vous voudrez bien rendre compte, chacun pour ce qui vous concerne au ministère dont vous relevez, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente instruction. En tant que de besoin, les points soulevés seront examinés dans le cadre du COPIL mentionné ci-dessus.

Ces principes et indicateurs communs à la DGSCGC et à la DGOS constituent une première étape. Dans le prolongement des recommandations de la mission interministérielle de revue des dépenses relatives aux flottes d'hélicoptères assurant des missions de service public conduite en 2016, la démarche engagée par la DGOS et la DGSCGC pourra être élargie à d'autres services, le cas échéant d'autres ministères, dont les moyens hélicoptés participent aux activités de SAP et d'AMU.

Pour la ministre et par délégation  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

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

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la sécurité civile*  
*et de la gestion des crises,*  
L. PRÉVOST

ANNEXE I



**MOYENS HELIPORTES UTILISES DANS LE CADRE DU  
SECOURS A PERSONNE ET DE L'AIDE MEDICALE URGENTE:**

**PRINCIPES PARTAGES**

-

**INDICATEURS COMMUNS D'ACTIVITE**

Document élaboré conjointement par la direction générale de l'offre de soins et la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises dans le cadre du *COMITÉ de PILOTAGE interministériel dédié à la complémentarité des moyens hélicoptères utilisés dans le cadre du secours à personne et de l'aide médicale urgente*



## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

## I. – PRINCIPES PARTAGÉS

### A. – PRINCIPES GÉNÉRAUX

#### 1. Principe de complémentarité

- a) SAP et AMU : des missions de service public différentes par leur objet mais dont la complémentarité est au service des usagers
  - Objet du SAP, mission de sécurité civile
  - Objet de l'AMU, mission de service public hospitalier (SAMU-SMUR)
  - Une complémentarité au service des usagers
- b) Des missions complémentaires quel que soit le vecteur utilisé pour leur exécution, y compris l'hélicoptère
- c) Description des moyens hélicoptés utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU
  - HéliSMUR
  - Hélicoptères de la Sécurité civile (HSC)
  - Autres

#### 2. Principe de cohérence

- a) Cohérence de l'organisation de l'activité hélicoptée avec les principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents
- b) En considération des capacités opérationnelles de l'hélicoptère
  - Rapidité d'intervention
  - Rayon d'action
  - Accessibilité aux milieux périlleux

#### 3. Principe d'efficacité

- a) Objectif d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers
- b) Objectif de bonne gestion des ressources

#### 4. Principe de transparence

### B. – PRINCIPES D'ORGANISATION

#### 1. Principes d'implantation et de fonctionnement des bases

- a) Définition du besoin selon une approche systémique
- b) Information préalable et concertation
- c) Intégration des moyens hélicoptés aux réflexions relatives à l'articulation du SROS et des SDACR

#### 2. Principes de partenariat

- a) Partenariats en matière d'implantation d'unités opérationnelles
  - Implantation d'une antenne de SMUR sur une base HSC
  - Implantation d'une base HSC sur un établissement de santé siège de SMUR
- b) Partenariats en matière de formation

### C. – PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

#### 1. Principes de coordination opérationnelle dans l'intérêt des personnes à prendre en charge

- a) Principe de respect des compétences respectives
  - Rôle du SAMU
  - Rôle du COZ, du CTA-CODIS et du COS
  - Rôle du pilote commandant de bord

- b) Principe de concertation
- c) Principe d'information réciproque
- 2. Principe d'emploi de l'hélicoptère le plus adapté à la mission et disponible dans des conditions et des délais compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge**
  - a) Principe de spécialité des appareils
    - Les HéliSMUR : des hélicoptères sanitaires spécialement adaptés pour la réalisation d'interventions SMUR primaires et secondaires
    - Les HSC : des hélicoptères polyvalents, spécialement adaptés pour la réalisation d'interventions primaires en milieux périlleux et par conditions météorologiques marginales
  - b) Principe de subsidiarité des appareils dans l'intérêt des personnes à prendre en charge
- 3. Principe de mobilisation des équipes spécialisées les plus adaptées à l'état de la personne et à l'environnement de prise en charge**
  - a) Différents types d'équipes spécialisées mobilisables dans le cadre du SAP et de l'AMU héliportés
    - Équipes médicalisées
    - Spécialisation des équipes médicalisées à la réalisation d'interventions en milieux périlleux
    - Autres équipes spécialisées mobilisables dans le cadre du SAP ou de l'AMU héliportés
  - b) Détermination de la composition de l'équipe embarquée

#### D. – PRINCIPES DE GOUVERNANCE

##### 1. Principe de respect des prérogatives

- a) DGOS et DGSCGC
  - DGOS
  - DGSCGC
- b) ARS et préfets
  - ARS
  - Préfets

##### 2. Principes de mise en œuvre de la gouvernance

- a) Au niveau interministériel : Un COmité de PILotage dédié (COPIL)
- b) Au niveau zonal : Comité d'orientation et de suivi des activités de SAP et d'AMU
- c) héliportées
- d) Au niveau local

#### E. – CAS PARTICULIERS

##### 1. Activité héliportée en milieux périlleux

- a) SAP et AMU en mer
- b) SAP et AMU en montagne

##### 2. Activité héliportée en situation de crise

#### II. – INDICATEURS COMMUNS D'ACTIVITÉ

CARTOGRAPHIE : HÉLISMUR ET HÉLICOPTÈRES D'ÉTAT  
LISTE DES ABRÉVIATIONS

## INTRODUCTION

L'aide médicale urgente (AMU), l'organisation des soins et celle du parcours de soins relèvent de la compétence du ministère chargé de la santé. Les missions de sécurité civile dont celle du secours à personnes (SAP) sont du ressort du ministère de l'intérieur (dans différents textes en vigueur, le SAP est également dénommé SUAP : secours d'urgence aux personnes). L'efficacité de la réponse à la demande d'un usager, patient ou victime, nécessite l'action coordonnée des différents acteurs du SAP et de l'AMU. La coordination des interventions, la complémentarité des moyens et, plus généralement, la coopération entre ces acteurs constituent un impératif reposant sur un objectif de qualité du service rendu aux usagers mais recouvre également une exigence d'efficacité globale.

Ces exigences constituent la ligne directrice de la feuille de route santé-intérieur élaborée conjointement par la DGOS (direction générale de l'offre de soins) et la DGSCGC (direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises). Cette feuille de route est l'expression d'une volonté conjointe de la DGOS et de la DGSCGC d'optimiser, notamment, la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels qui permettent d'apporter en tout point du territoire national la réponse la plus rapide et la plus adaptée à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents, y compris lorsque ces activités nécessitent le recours à des moyens hélicoptés (AXE 2 de la feuille de route : « Renforcer les outils permettant d'assurer la complémentarité des moyens humains et matériels, tant terrestres qu'hélicoptés »).

Dans cette optique, la DGOS et la DGSCGC ont mis en place un Comité de Pilotage interministériel (COPI) dédié à la complémentarité des moyens hélicoptés qui sont utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU quel que soit leurs statuts : héliSMUR et hélicoptères d'État. Le COPI est le lieu de concertation interministérielle pour évoquer les questions d'intérêt commun dans le respect des prérogatives de chaque ministère, des agences régionales de santé (ARS) et des préfets et en considération des exigences opérationnelles relatives aux missions de chacun. Il sera élargi ultérieurement, en tant que de besoin, à d'autres services, le cas échéant d'autres ministères, dont les moyens hélicoptés participent aux activités de SAP et d'AMU.

Les deux premiers chantiers lancés par le COPI font l'objet d'une synthèse au sein du présent document. Ils concernent les principes partagés d'organisation (I) et les indicateurs communs d'activité (II) des moyens hélicoptés (en particulier héliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile) qui sont utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU.

## I. – PRINCIPES PARTAGÉS

### A. – PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le COPI identifie la nécessité qui s'attache au respect de quatre principes généraux : principe de complémentarité (1), principe de cohérence (2), principe d'efficacité (3), principe de transparence (4).

Ces quatre principes sont transversaux en ce qu'ils se déclinent chacun au sein des principes développés ci-après dans les parties I-B, I-C, I-D et I-E.

#### 1. Principe de complémentarité

Le SAP et l'AMU sont des missions de service public qui diffèrent par leur objet mais dont la complémentarité est au service des usagers (a) quel que soit le vecteur utilisé pour leur exécution (b), y compris l'hélicoptère (c).

a) SAP et AMU : des missions de service public différentes  
par leur objet mais dont la complémentarité est au service des usagers

#### • Objet du SAP, mission de sécurité civile

La sécurité civile a pour objet la prévention des risques de toute nature, l'information et l'alerte des populations ainsi que la protection des personnes, des biens et de l'environnement contre les accidents, les sinistres et les catastrophes par la préparation et la mise en œuvre de mesures et de moyens appropriés relevant de l'État, des collectivités territoriales et des autres personnes publiques ou privées.

Les missions de sécurité civile sont assurées principalement par les sapeurs-pompiers professionnels et volontaires des services d'incendie et de secours (SIS) ainsi que par des personnels des services de l'État tels que les unités militaires de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), du Bataillon de marins-pompiers de Marseille (BMPM), des Unités d'instruction et d'intervention de la Sécurité Civile (UIISC) et des associations agréées de sécurité civile.

Les SIS sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent, avec les autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence. Dans le cadre de leurs compétences, ils exercent les missions suivantes :

- 1° La prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile ;
- 2° La préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours ;
- 3° La protection des personnes, des biens et de l'environnement ;
- 4° Les secours d'urgence aux personnes (SUAP ou SAP) victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation.

Le secours à personnes (SAP ou SUAP – secours d'urgence aux personnes) consiste à :

- assurer la mise en sécurité des victimes, c'est-à-dire les soustraire à un danger ou un milieu hostile, exercer un sauvetage, et sécuriser le site de l'intervention ;
- pratiquer les gestes de secourisme en équipe, dont ceux du prompt secours, face à une détresse, et à en évaluer le résultat. Le prompt secours est une action de secouristes agissant en équipe et visant à prendre en charge sans délai des détresses vitales ou à pratiquer sans délai des gestes de secourisme. Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe. Il est à distinguer des actions relevant de la compétence des SMUR, des médecins généralistes, des ambulanciers privés, voire du simple conseil ;
- réaliser l'envoi des moyens adaptés dès la réception de l'appel ou dès l'identification du besoin et d'en informer la régulation médicale du SAMU notamment lorsqu'il s'agit d'une situation d'urgence nécessitant la mise en œuvre de moyens médicaux ;
- réaliser l'évacuation éventuelle de la victime vers un lieu d'accueil approprié.

Le principe législatif de gratuité des secours s'applique à toutes les missions de secours à personne (SAP), y compris celles réalisées avec l'utilisation d'un hélicoptère.

En outre, en cas d'utilisation d'un hélicoptère de la sécurité civile (HSC) par les équipes d'intervention SMUR pour l'exercice de leurs missions, la prestation fournie par la sécurité civile ne peut donner lieu, sans l'accord de la DGSCGC, ni à la facturation du transport à la personne prise en charge ou à un organisme tiers, ni à la majoration d'autres prestations facturées par l'hôpital.

• **Objet de l'AMU, mission de service public hospitalier (SAMU-SMUR)**

L'aide médicale urgente (AMU), mission de service public hospitalier, a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Mises en œuvre dans le cadre de l'AMU, les activités de SAMU (services d'aide médicale urgente) et de SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation) sont des activités de soins de médecine d'urgence exercées par les établissements de santé autorisés par l'ARS (agence régionale de santé).

Les SAMU ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence. À cet effet, les SAMU :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- veillent à l'admission du patient.

Sur le fondement des dispositions législatives et réglementaires du code de la santé publique (CSP) et du code général des collectivités territoriales (CGCT), le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU, ainsi que la circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015, réaffirment le rôle fondamental de la régulation médicale des appels qui est opérée par les SAMU ; cette régulation médicale constituant le pivot de l'orientation du patient dans le parcours de soins quel que soit le numéro initialement composé ou l'acteur initialement intervenu.

Les équipes d'intervention SMUR sont des équipes hospitalières médicalisées mobilisées par le SAMU lorsque cela est nécessaire.

Dans le cadre de l'AMU, les équipes d'intervention SMUR ont pour mission (article R. 6123-15 CSP) :

- « 1° D'assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel elles sont rattachées, la prise en charge de patients dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ces patients vers un établissement de santé. »

La prise en charge « en tous lieux » de patients « dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation » concerne tant les interventions SMUR dites primaires que des interventions SMUR dites secondaires.

Ces interventions SMUR primaires ou secondaires peuvent, « le cas échéant, et après régulation par le SAMU », être suivies du « transport de ce patient vers un établissement de santé ».

- « 2° D'assurer le transfert entre deux établissements de santé de patients nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet. »

Le « transfert entre deux établissements de santé » de patients « nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet » concerne par essence des interventions SMUR dites secondaires.

Toutes les missions des SMUR énumérées par l'article R. 6123-15 du code de la santé publique sont réalisées « dans le cadre de l'aide médicale urgente » (AMU), mission assurée par les établissements de santé autorisés.

Pour l'exercice de leurs missions, les équipes d'intervention SMUR comprennent un médecin.

Pour l'exercice de l'ensemble de leurs missions énumérées par l'article R 6123-15 du code de la santé publique, les équipes d'intervention SMUR peuvent utiliser un moyen de transport de type terrestre, maritime ou aérien, dont l'hélicoptère.

- Une complémentarité au service des usagers

La pertinence et l'efficacité de la réponse à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents nécessite l'action coordonnée de l'ensemble des acteurs participant au SAP et à l'AMU.

Parce qu'elles diffèrent par leur objet, les missions de SAP et d'AMU offrent un éventail de réponse permettant de proposer la réponse la plus adaptée à la demande d'un usager.

Cette complémentarité est au service des mêmes usagers, patients ou victimes, en tout point du territoire national, quel que soit le numéro initialement composé, l'acteur initialement intervenu ou les moyens initialement engagés.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les SAMU et les SIS, notamment, joignent les moyens qu'ils mettent en œuvre.

Les dispositions relatives au commandement des opérations de secours (COS) et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux textes mentionnés en préambule de la circulaire du 5 juin 2015 portant sur l'organisation du SAP et de l'AMU.

b) Des missions complémentaires quel que soit le vecteur utilisé pour leur exécution, y compris l'hélicoptère

La qualité et la spécificité de la réponse à la demande d'un usager en matière de secours et soins urgents s'appuient, lorsque cela est nécessaire, sur la mobilisation d'équipes d'intervention ayant des compétences spécifiques adaptées au besoin de l'usager (ex : sapeurs-pompiers plongeurs ou SAV ; GRIMP ; SMUR maritimes ; etc...).

Ces différentes équipes d'intervention mobilisées dans le cadre du SAP ou de l'AMU peuvent réaliser leurs missions avec l'utilisation de moyens de transport terrestres, maritimes ou aériens, dont l'hélicoptère.

Dans ce cadre :

- L'activité de SAP hélicoptérée est une activité de SAP réalisée avec l'utilisation d'un hélicoptère.
- L'activité de SMUR hélicoptérée est une activité de SMUR réalisée avec l'utilisation d'un hélicoptère.

Quel que soit le vecteur utilisé pour l'exécution des missions de SAP et d'AMU, y compris l'hélicoptère, ces missions demeurent complémentaires.

c) Description des moyens hélicoptérés utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU

Les activités de SAP ou de SMUR hélicoptérées peuvent être réalisées avec l'utilisation d'hélicoptères ayant différents statuts.

Les hélicoptères utilisés pour ces activités sont majoritairement les hélicoptères de la sécurité civile (HSC) et les HéliSMUR.

- HéliSMUR

Tout d'abord, il est rappelé que les moyens de transport aériens qui sont utilisés par les équipes d'intervention SMUR pour l'exercice de leurs missions énumérées par l'article R. 6123-15 du code de la santé publique peuvent être mis à disposition des établissements de santé concernés dans le cadre de conventions passées entre ces établissements et des organismes publics et privés.

Dans ce cadre, les hélicoptères qui sont mis à disposition des établissements de santé par une société privée de transport aérien sont communément appelés héliSMUR. Ces sociétés privées sont communément appelés exploitants.

La flotte actuelle des héliSMUR est composée de 46 appareils mis à disposition par différents exploitants.

Ce sont des appareils biturbine exploités en catégorie A et classe de performance 1. Il s'agit aujourd'hui essentiellement d'appareils H135, Agusta et MD.

Les héliSMUR sont aujourd'hui implantés de manière relativement homogène sur l'ensemble du territoire métropolitain. Il existe actuellement une seule implantation en outre-mer (Guyane).

Les exploitants s'engagent à ce que les héliSMUR soient exclusivement dédiés à l'activité de transport sanitaire hélicopté permettant la réalisation de l'activité de SMUR dans les conditions et les délais compatibles avec les contraintes de l'AMU et de l'activité de SMUR.

À ce titre :

Les héliSMUR sont spécialement adaptés et aménagés de manière permanente pour la réalisation d'interventions SMUR hélicoptées primaires et secondaires.

Les héliSMUR sont directement basés sur un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de SMUR (exception : héliSMUR de Bordeaux et de Lyon).

Les héliSMUR sont permanents, c'est-à-dire opérationnels à l'année entière (exception : héliSMUR saisonnier de Bordeaux).

Pour la réalisation des missions héliSMUR primaires et secondaires, les exploitants s'engagent à ce que les héliSMUR soient immédiatement opérationnels de manière continue sur une amplitude horaire définie (H12, H14, ou H24).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les missions héliSMUR primaires et secondaires sont effectuées en conformité avec les dispositions de la réglementation européenne de l'aviation civile relatives au Service Médical d'Urgence par Hélicoptère (SMUH), c'est-à-dire, notamment, avec la présence à bord d'un second membre d'équipage.

À ces égards, les conditions d'exploitation des héliSMUR sont parfaitement adaptées à la réalisation d'interventions SMUR primaires hors milieux périlleux ainsi qu'à la réalisation d'interventions SMUR secondaires.

- Hélicoptères de la Sécurité civile (HSC)

Le Groupement d'Hélicoptères de la Sécurité Civile (GHSC) gère une flotte de 35 appareils, moyens nationaux.

Les HSC sont communément identifiés sous l'indicatif « Dragon » suivi du numéro du département d'implantation de la base opérationnelle.

Le GHSC arme 23 bases permanentes, dont 3 outre-mer. Des détachements saisonniers ou ponctuels sont également activés en tant que de besoin.

Sur le territoire métropolitain, les bases sont implantées sur le littoral, en montagne et dans les principales agglomérations.

Les HSC sont des appareils biturbines de type H145 spécialement conçus pour répondre à un spectre de missions large, permettant notamment d'intervenir en milieu périlleux et par conditions météorologiques marginales : capacité d'emport suffisante pour des opérations combinées de SAP et d'AMU, capacité de treuillage, vol en haute altitude, vol maritime, capacité jumelles de vision nocturne et vol IFR. Les équipages sont formés et entraînés à tous ces types de vol. Ces spécificités d'exploitation confèrent aux HSC une forte polyvalence.

Les équipages, composés d'un pilote et d'un mécanicien opérateur de bord (MOB), assurent une présence effective sur base en journée, ce qui permet un décollage très rapide après le déclenchement de la mission. En dehors de cette période de présence effective sur base, les équipages font l'objet d'une astreinte avec capacité d'alerte opérationnelle 24H/24H permettant le décollage de l'hélicoptère dans les plus brefs délais et au maximum dans l'heure suivant l'alerte en dehors de ces créneaux.



Les HSC sont des vecteurs pouvant être utilisés pour l'exécution de différentes missions :

#### 1. Missions opérationnelles de sécurité civile

La vocation principale des HSC est de contribuer à l'exécution de missions opérationnelles relevant du champ de la sécurité civile :

- Missions de secours d'urgence aux personnes (SUAP ou SAP), de recherche et de coordination des moyens de secours (transport du COS pour l'exercice de ses missions), y compris missions combinées de SAP et d'AMU ;
- Transport d'équipes spécialisées dans le cadre d'interventions de sécurité civile ;
- Autres missions de protection des personnes, des biens et de l'environnement (surveillance de risques, lutte contre les feux de forêt ; etc...).

#### 2. Missions opérationnelles entrant dans le cadre de l'aide médicale urgente

Dans une logique d'optimisation de l'utilisation de ce moyen rare, les hélicoptères de la sécurité civile peuvent également être mobilisés pour réaliser des missions relevant de l'aide médicale urgente, de type primaire ou secondaire, lorsqu'ils constituent l'hélicoptère le plus adapté à la mission et disponible dans des conditions et des délais compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge, conformément aux principes énoncés dans ce document.

#### 3. Autres missions opérationnelles

À titre subsidiaire, les HSC peuvent également effectuer les missions opérationnelles suivantes :

- Missions de police, de sécurité et de prévention générale ;
- Missions d'assistance technique à des personnes morales en charge de la réalisation de missions de service public ;
- Participation à la fonction garde-côtes (pollution marine, police en mer, soutien logistique) ;
- Transports sanitaires ne relevant pas de l'AMU.

#### 4. Missions de formation et de maintien en condition des personnels et des partenaires

5. Autres missions autorisées par le ministre de l'Intérieur (ex : liaison au profit d'autorités ; vols de démonstration, etc...)

La configuration de l'appareil et l'emport de matériels spécialisés (civière, nacelle, etc...) sont adaptés au cas par cas selon la nature de la mission à exécuter par l'HSC.

Dans l'intérêt des personnes à prendre en charge, les missions opérationnelles de SAP et d'AMU sont toujours prioritaires par rapport aux autres missions des hélicoptères de la sécurité civile.

#### • Autres

Dans certains territoires, d'autres organismes publics ou privés peuvent mettre à disposition leurs hélicoptères pour la réalisation de missions de SAP et d'AMU :

- Gendarmerie nationale : 56 hélicoptères sur 29 bases, dont 6 outre-mer.
- Marine nationale : 5 plots en métropole et 2 Dauphins en Polynésie Française.
- Douanes : 10 hélicoptères sur 4 bases dont 1 outre-mer.
- Exploitants privés en montagne ou en territoire insulaire : en dehors des exploitants d'héliSMUR, certains exploitants privés sont susceptibles de réaliser des vols sanitaires n'entrant pas dans le cadre de l'activité de SMUR, particulièrement en montagne ou en territoire insulaire.

## 2. Principe de cohérence

Les principes d'organisation du SAP et de l'AMU réalisés avec l'utilisation d'hélicoptères doivent être cohérents avec les principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents portés par le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU (a) tout en prenant en considération les capacités opérationnelles de l'hélicoptère (b).

#### a) Cohérence de l'organisation de l'activité héliportée avec les principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents

La circulaire interministérielle du 5 juin 2015 relative à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du SAP et de l'AMU, rappelle les principes majeurs d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents française qui font sa spécificité et fondent son efficacité quel que soit le numéro que l'utilisateur ait initialement composé.

Ces principes majeurs sont les suivants :

1. La régulation médicale des appels par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) 15 du service d'aide médicale urgente (SAMU) permettant notamment de garantir l'adéquation optimale entre le besoin de la personne et la réponse apportée ainsi que sa bonne orientation dans le parcours de soins ;

2. L'interconnexion entre le CRRRA 15 et le centre de traitement de l'alerte (CTA) pour garantir par des moyens radiotéléphoniques et informatiques la qualité et la sécurité de la transmission d'informations entre ces deux centres et pour permettre notamment que l'information déjà donnée par l'appelant au premier opérateur ne soit pas répétée ;
3. La mobilisation, si nécessaire, de compétences spécifiques auprès de la personne en quelque endroit qu'elle se trouve sur le territoire national, parmi lesquelles :
  - la mobilisation des sapeurs-pompiers des services d'incendie et de secours (SIS) par les CTA-CODIS pour contribuer à la couverture de proximité du territoire et à la qualité de la réponse initiale notamment de prompt secours ;
  - la mobilisation des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) par les SAMU pour garantir notamment la qualité et la précocité de la prise en charge des patients nécessitant en urgence une prise en charge médicale et de réanimation ; pouvant être précédée, dans les territoires isolés, d'une prise en charge initiale par un professionnel de santé formé avant-coureur du SMUR ;ces compétences spécifiques pouvant être mobilisées auprès de la personne en détresse au moyen d'un véhicule terrestre et, pour certaines, au moyen d'un véhicule maritime ou hélicoptère ;
4. L'articulation entre le commandement des opérations de secours et la régulation des moyens médicaux, des soins et du parcours de soins.

L'organisation des activités de SAP et d'AMU réalisées avec l'utilisation d'hélicoptères s'inscrit dans le cadre d'organisation de la chaîne des secours et soins urgents, quel que soit le statut de l'hélicoptère utilisé.

*b)* En considération des capacités opérationnelles de l'hélicoptère

L'organisation des activités de SAP et d'AMU réalisés avec l'utilisation d'hélicoptères doit néanmoins prendre en compte les capacités opérationnelles spécifiques à ce type de vecteur :

• Rapidité d'intervention

À distance égale et toute chose égale par ailleurs, le recours à l'hélicoptère est de nature à réduire la durée des interventions de SAP et d'AMU.

• Rayon d'action

À durée d'intervention égale et toute chose égale par ailleurs, le recours à l'hélicoptère permet de réaliser les interventions de SAP et d'AMU sur des distances plus importantes.

• Accessibilité aux milieux périlleux

Le recours à un hélicoptère adapté est parfois nécessaire pour la réalisation d'une intervention de SAP ou d'AMU en environnement périlleux ou hostile (mer, falaise, montagne, gouffre, canyon, jungle...).

### 3. Principe d'efficience

L'objectif d'efficience des activités de SAP et d'AMU réalisés avec l'utilisation d'hélicoptères recouvre conjointement un objectif d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers (a) et un objectif de bonne gestion des ressources (b).

*a)* Objectif d'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers

Dans le cadre du SAP et de l'AMU, les capacités opérationnelles de l'hélicoptère sont de nature à optimiser la qualité du service rendu aux usagers :

- en contribuant à l'amélioration de l'accessibilité aux secours et soins urgents sur l'ensemble du territoire, y compris en milieux périlleux, isolés ou enclavés ;
- en facilitant l'accès au plateau technique le plus adapté à l'état de la personne prise en charge, même si ce plateau technique est éloigné du lieu de prise en charge.

De surcroît, l'utilisation de ce type de vecteur est de nature à améliorer la disponibilité des équipes spécialisées qui sont mobilisées dans le cadre du SAP et de l'AMU. Sauf exception, cet aspect ne saurait toutefois motiver à lui seul le recours au vecteur hélicoptère.

*b)* Objectif de bonne gestion des ressources

Porté par la feuille de route conjointe santé-intérieur, l'objectif de renforcement des outils permettant d'améliorer la coordination et la complémentarité des moyens humains et matériels utilisés pour les activités de SAP et d'AMU s'inscrit également dans une démarche de bonne gestion des ressources que l'État et l'Assurance maladie consacrent aux moyens hélicoptères.



#### 4. Principe de transparence

Dans une optique d'amélioration continue de tous les maillons participant à la chaîne des secours et soins urgents, la bonne coopération entre services repose sur la confiance mutuelle, qui doit être alimentée, au niveau national, comme dans les territoires par l'application du principe de transparence.

Ce principe s'applique transversalement :

- à la nature des moyens mis en œuvre ainsi qu'à leurs projets d'évolution ;
- à l'organisation et à la gouvernance de ces moyens ;
- à la mise en œuvre opérationnelle de ces moyens ;
- à l'activité et aux performances.

Ces différents aspects du principe de transparence sont détaillés ci-après dans les parties relatives aux principes d'organisation (I-B), aux principes de mise en œuvre opérationnelle (I-C) et aux principes de gouvernance (I-D).

#### B. – PRINCIPES D'ORGANISATION

À la faveur d'une organisation efficiente du SAP et de l'AMU sur un territoire, les principes d'organisation de ces activités par voie hélicoptée, relatifs tant à l'implantation des bases qu'à leurs caractéristiques de fonctionnement (1), peuvent faire l'objet de différentes formes de partenariat (2).

##### 1. Principes d'implantation et de fonctionnement des bases

Au-delà de la détermination de l'implantation géographique des bases opérationnelles, l'organisation du transport hélicopté comporte également la détermination du fonctionnement des bases opérationnelles. Ces dernières peuvent avoir des caractéristiques de fonctionnement variables :

- base permanente (opérationnelle les 12 mois de l'année) ou saisonnière (opérationnelle moins de 12 mois dans l'année) ;
- amplitude horaire de fonctionnement variable : H24, H12, H14 ;
- disponibilité opérationnelle immédiate ou sous forme d'astreinte selon la plage horaire ;
- présence ou non sur la base de compétences spécialisées, en particulier médicales.

La définition du besoin en matière de moyens hélicoptés participant au SAP et à l'AMU doit reposer sur une approche systémique (a). L'implantation et le fonctionnement des bases d'hélicoptère doivent faire l'objet d'une information et d'une concertation entre les acteurs (b) et sont concernées par la démarche d'articulation du SROS et des SDACR (c).

##### a) Définition du besoin selon une approche systémique

La détermination de l'implantation et du fonctionnement des bases sur un territoire est indissociable de la détermination des besoins de la population, des spécificités de ce territoire et de l'organisation des activités de SAP et d'AMU exécutées par voie terrestre.

Dans chaque territoire, la stratégie d'implantation et de fonctionnement des bases d'hélicoptères utilisés dans le cadre du SAP et d'AMU doit être appréhendée selon une approche systémique prenant en compte conjointement l'ensemble des paramètres suivants sur le territoire étudié :

- niveau et nature de la demande en matière de secours et de soins urgents ;
- niveau et nature de l'activité actuelle et potentielle des hélicoptères déjà implantés sur le territoire et utilisés pour les activités de SAP et d'AMU quel que soit leur statut ;
- environnement (géographie, météorologie) ;
- population (démographie, épidémiologie) ;
- aménagement du territoire (infrastructures routières ; infrastructures et servitudes aéronautiques) ;
- maillage, activité et disponibilité des SMUR et antennes de SMUR terrestres ;
- maillage des services d'accueil des urgences, des plateaux techniques et services hospitaliers spécialisés nécessaires à l'activité de SMUR ;
- organisation territoriale des ressources humaines des structures de médecine d'urgence (services d'urgences-SAMU-SMUR) ;
- maillage, activité et disponibilité des SIS ;
- maillage et conditions d'utilisation des points de ravitaillement en carburant ;
- maillage, caractères et conditions d'utilisation des plates-formes hospitalières et des aires de poser non hospitalières répertoriées.

**b) Information préalable et concertation**

Tout projet de modification des cartes d'implantation ou des caractéristiques de fonctionnement des bases dont les hélicoptères sont utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU doit donner lieu à une information préalable entre la DGSCGC et la DGOS et à une concertation, si besoin.

Les projets d'évolution des bases HSC, moyens nationaux, relèvent directement de la compétence de la DGSCGC.

Les projets d'évolution des bases héliSMUR relèvent de la compétence des ARS, en charge, sur leurs territoires, de l'organisation de l'activité de SMUR héliportée. Les établissements de santé ayant un projet de création, de suppression ou de modification de fonctionnement d'une base héliSMUR doivent en informer l'ARS. Il appartient aux ARS d'en informer la DGOS.

**c) Intégration des moyens héliportés aux réflexions relatives à l'articulation du SROS et des SDACR**

Les moyens héliportés utilisés pour les activités de SAP et d'AMU font partie des moyens concernés par le point 2.4 de l'Axe 2 de la feuille de route conjointe santé-intérieur ayant pour objet de « Favoriser la connaissance mutuelle des moyens des ARS et des SIS pour permettre la bonne articulation des SROS et des SDACR ».

**2. Principes de partenariat**

À la faveur d'une organisation efficiente du SAP et de l'AMU sur un territoire, les principes d'organisation de ces activités par voie héliportée peuvent faire l'objet de partenariats en matière d'implantation d'unités opérationnelles (a) et en matière de formation (b).

**a) Partenariats en matière d'implantation d'unités opérationnelles**

L'implantation d'une antenne de SMUR sur une base HSC ainsi que l'implantation d'une base HSC sur un établissement de santé siège de SMUR sont des modalités de partenariat qui peuvent être envisagées sur un territoire, en application en particulier de l'objectif d'efficience qui recouvre conjointement les objectifs d'amélioration de la qualité du service rendu et de bonne gestion des ressources.

**• Implantation d'une antenne de SMUR sur une base HSC**

Environ la moitié des bases d'hélicoptères de la sécurité civile accueillent déjà des équipes médicales, parmi lesquelles des équipes d'intervention SMUR.

L'implantation temporaire ou permanente d'une équipe d'intervention SMUR hors de l'établissement de santé autorisé à exercer cette activité entre dans le cadre réglementaire régissant les antennes de SMUR (article R. 6123-5 du code de la santé publique).

Dans ce cadre, l'implantation d'une antenne de SMUR sur une base HSC est soumise à autorisation de l'ARS, après avis du CODAMUPS-TS (comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), qui doit permettre d'assurer une concertation étroite entre l'ARS, le préfet et les acteurs du SAP et de l'AMU.

Lorsque cela est pertinent au regard des besoins de la population, des spécificités du territoire et de la situation géographique de la base HSC, il convient que l'équipe d'intervention SMUR implantée sur base HSC soit également en mesure d'être mobilisée par un vecteur terrestre pour l'exercice de ses missions. Pour chaque intervention, il appartient alors au seul médecin régulateur du SAMU de déterminer le type de vecteur, terrestre ou héliporté, devant être utilisé par cette équipe pour que soit apportée la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel.

Lorsque les équipes médicales relèvent ainsi de l'article R. 6123-5 du code de la santé publique, dans l'hypothèse où une autorisation formelle de l'ARS n'aurait pas été délivrée, les acteurs locaux sont invités à régulariser la situation.

**• Implantation d'une base HSC sur un établissement de santé siège de SMUR**

Les HSC sont positionnés sur des bases situées dans la plupart des cas sur ou à proximité d'infrastructures aéronautiques qui leur assurent des conditions optimales d'efficacité opérationnelle, en termes de sécurité, de logistique, de moyens de percée ou de navigation aux instruments.

Le déploiement de procédures d'approche satellitaires (GNSS : Global Navigation Satellite System) spécialement adaptées aux hélicoptères pourrait permettre à certains établissements de santé d'offrir des *minima* météo proches de ceux actuellement offerts par les plates-formes aéroportuaires.

Lors des réflexions à venir sur l'ouverture, le déplacement ou la reconstruction de bases HSC, cet élément doit conduire à étudier la faisabilité et la pertinence de l'implantation d'une base HSC sur un établissement de santé siège de SMUR.

*b) Partenariats en matière de formation*

Les bases de la sécurité civile peuvent assurer à titre gracieux la formation des partenaires avec lesquels elles travaillent régulièrement, y compris les équipes d'intervention SMUR amenées à réaliser leurs missions avec l'utilisation de l'HSC.

Les modalités et le contenu de la formation doivent être adaptés au milieu dans lequel ces partenaires sont amenés à évoluer, en particulier les milieux périlleux.

Le nombre d'équipes médicales à former doit être dimensionné selon le juste besoin ; la DGSCGC étant seule décisionnaire du nombre d'heures de vol qu'elle alloue à ces formations.

**C. – PRINCIPES DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'efficacité quotidienne de l'utilisation de moyens hélicoptérés dans le cadre du SAP et de l'AMU requiert une coordination opérationnelle entre les différents acteurs (1) et l'application de principes d'emploi des hélicoptères (2) et des compétences mobilisables à bord de ces derniers (équipes spécialisées) (3) qui soient les plus adaptés à l'état des personnes à prendre en charge quel que soit le numéro initialement composé ou l'acteur initialement intervenu.

**1. Principes de coordination opérationnelle dans l'intérêt des personnes à prendre en charge**

Dans l'intérêt des personnes nécessitant des secours et soins urgents, et à la faveur d'une gestion efficace des moyens engagés, la coordination des compétences respectives du SAMU, du COZ, du CTA-CODIS, du COS et des pilotes (a) implique une concertation entre ces différents acteurs (b) et leur information réciproque (c).

*a) Principe de respect des compétences respectives*

• Rôle du SAMU

Le référentiel commun d'organisation du SAP et de l'AMU du 25 juin 2008 ainsi que la circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 réaffirment le rôle fondamental de la régulation médicale des appels de demande de secours et soins urgents qui est opérée par les SAMU quel que soit le numéro initialement composé ou l'acteur initialement intervenu.

En application de l'article R. 6311-2 du code de la santé publique, le médecin régulateur du SAMU est en charge, notamment :

- d'évaluer médicalement le degré de gravité avéré ou supposé de la personne concernée par l'appel, quel que soit le lieu où se trouve cette dernière et quel que soit le numéro initialement composé ;
- et en conséquence :
  - de déterminer médicalement la nécessité ou non de déclencher notamment la mobilisation d'une équipe d'intervention SMUR pour l'exercice de ses missions ;
  - de déterminer médicalement le type de moyen de transport terrestre, maritime ou aérien pouvant être mobilisé dans des conditions et dans des délais qui sont compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge ;
  - compte-tenu de l'ensemble des moyens à sa disposition, d'engager ou de demander l'engagement des moyens ainsi jugés médicalement nécessaires ;
  - de s'assurer que les moyens engagés arrivent au lieu de l'appel dans les délais qui sont compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge ;
  - de suivre le déroulement de la prise en charge ;
  - de déterminer médicalement la destination la plus adaptée à l'état de la personne (compte-tenu du respect du libre choix) et de coordonner le parcours de soins ;
  - de déterminer médicalement le type de moyen de transport terrestre, maritime ou aérien qui est le plus adapté pour transporter cette personne vers cette destination.

Dans le cadre du SAP et de l'AMU, le SAMU constitue ainsi le pivot de l'orientation des personnes dans le parcours de soins, quel que soit le lieu où se trouve ces personnes et quel que soit le type de moyen de transport, y compris l'hélicoptère, devant être engagé sur le lieu de prise en charge.

• Rôle du COZ, du CTA-CODIS et du COS

La coordination opérationnelle des HSC au sein d'une zone relève du préfet de zone. Le préfet de zone s'appuie pour ce faire sur un État-Major-Interministériel de Zone (EMIZ) qui arme une permanence opérationnelle au sein de son Centre Opérationnel de Zone (COZ).

Par délégation du préfet de zone, le CTA-CODIS du département d'implantation d'une base HSC est généralement l'organisme déclencheur d'un HSC. Dans le cadre du SAP et de l'AMU, le

CTA-CODIS du département d'implantation d'une base HSC constitue ainsi généralement, et par délégation, le maillon de coordination des missions pouvant être réalisées par l'HSC implanté sur le département.

Dans le cadre des missions de sécurité civile, les HSC, une fois déclenchés, sont placés pour emploi sous le commandement du COS (commandant des opérations de secours).

Tout déclenchement d'une mission de SAP ou d'AMU réalisée par un HSC doit faire l'objet :

- d'une régulation médicale par le SAMU ;
- d'une concertation avec le COS *via* le CTA-CODIS ;
- d'un compte rendu au COZ par le CTA-CODIS.

• Rôle du pilote commandant de bord

Quel que soit le statut de l'hélicoptère utilisé pour la réalisation d'une mission de SAP ou d'AMU, le pilote commandant de bord est seul juge de la faisabilité aéronautique de la mission qui lui est demandée par le SAMU ou par le CTA-CODIS au regard, notamment, des capacités opérationnelles de l'hélicoptère dont il a la charge, du milieu d'intervention, de la technicité particulière de la mission et des conditions météorologiques.

b) Principe de concertation

Dans l'intérêt des personnes nécessitant des secours et soins urgents et à la faveur d'une gestion efficiente des moyens engagés, la concertation entre les acteurs précédemment cités revêt une importance primordiale.

Ainsi, pour toute demande de secours ou soins urgents nécessitant l'utilisation d'un hélicoptère, la conférence à 3 entre le SAMU, le CTA-CODIS (par délégation du COZ) et le pilote concerné constitue l'un des gages d'efficacité de la réponse à apporter dès lors que le délai de concertation demeure suffisamment bref pour ne pas induire une perte de chance pour la personne à prendre en charge.

Par ailleurs, il est rappelé que les dispositions relatives au commandement des opérations de secours (COS) et à la régulation médicale s'appliquent conformément aux textes de référence mentionnés en préambule de la circulaire interministérielle du 5 juin 2015.

C'est dans ce cadre que, pour les missions de SAP ou d'AMU devant être réalisées avec l'utilisation d'un hélicoptère :

- Un héliSMUR est engagé, après régulation médicale, par le SAMU territorialement compétent. Cet engagement s'effectue, en tant que de besoin, en concertation avec le CTA-CODIS (par délégation du COZ) et le COS. Le pilote d'héliSMUR reste seul juge de la faisabilité de la mission, qu'il peut refuser s'il estime que les conditions de sécurité ne sont pas réunies.
- Un HSC est engagé, après régulation médicale par le SAMU, par le CTA-CODIS du siège de la base (par délégation du COZ) et, le cas échéant à la demande d'un SAMU. Un HSC peut également être engagé en départ réflexe ; la régulation médicale par le SAMU devant alors intervenir dans les meilleurs délais après l'engagement réflexe. Le pilote de la sécurité civile reste le seul juge de la faisabilité de la mission, qu'il peut refuser s'il estime que les conditions de sécurité ne sont pas réunies.

La cause de refus d'une mission par l'un des acteurs doit être précisée et consignée par chacun des acteurs, en particulier au sein du dossier médical.

Le refus de mission par un équipage et ses motivations doivent être précisés par le demandeur à tout autre équipage sollicité pour réaliser la même mission.

c) Principe d'information réciproque

En situation normale, dans le cadre de la veille et de l'anticipation, comme en situation de crise, le COZ (et le CTA-CODIS siège de base HSC, par délégation) doivent être informés en temps réel de l'engagement et de la disponibilité des moyens héliportés qui sont utilisés dans leur zone de compétence, notamment pour les activités de SAP et d'AMU. En situation normale comme en situation de crise, les SAMU doivent être informés en temps réel de l'engagement et de la disponibilité des moyens héliportés qui sont utilisés pour les activités de SAP et d'AMU. Afin d'éclairer les décisions d'engagement des moyens héliportés et de garantir une utilisation rationnelle et efficace de ces moyens par une vision globale et actualisée, les CTA-CODIS (par délégation du COZ) et les SAMU doivent se tenir réciproquement informés en temps réel des moyens héliportés qu'ils engagent et de l'indisponibilité de ces derniers. À ce titre, un message standardisé doit pouvoir être systématiquement envoyé à chaque changement de statut des appareils (indisponibilité technique, départ en mission, retour sur base, etc...). Dans le cadre des instances de gouvernance locales, les préfets et directeurs d'ARS veilleront à ce que ces modalités d'échange d'information soient mises en place.

Au-delà, la DGOS et la DGSCGC souhaitent travailler à la mise en place de solutions techniques permettant le partage en temps réel entre les différents acteurs des données de géolocalisation et de statut de l'ensemble des moyens hélicoptérés concourant au SAP et à l'AMU. Un tel projet implique que tous les moyens hélicoptérés utilisés pour les activités de SAP et d'AMU soient à terme équipés de moyens de géolocalisation et partagent ces données sur une infrastructure nationale. Certains HéliSMUR sont d'ores-et-déjà dotés de tels moyens. La DGSCGC a également lancé un programme d'évolution capacitaire majeure de l'ensemble de la flotte HSC, intégrant notamment les moyens de géolocalisation. L'équipement des héliSMUR en moyens de géolocalisation fait partie des éléments à intégrer aux travaux d'élaboration d'un cahier des charges type aux marchés héliSMUR. Sans attendre, à l'occasion d'avenants aux contrats d'HéliSMUR en cours, ou de renouvellements de marchés, les pouvoirs adjudicateurs sont invités à prévoir la production et le partage de ces données par des clauses appropriées. Un projet pilote sera mené en région avant d'être progressivement généralisé.

## **2. Principe d'emploi de l'hélicoptère le plus adapté à la mission et disponible dans des conditions et des délais compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge**

Dans le cadre du SAP ou de l'AMU, la décision d'engagement d'un hélicoptère et des compétences mobilisables à bord de ce dernier (équipe spécialisée) doit être guidée par l'objectif d'apporter la réponse la plus adaptée à la personne en détresse.

Ainsi, compte-tenu d'une part de l'ensemble des moyens hélicoptérés identifiés comme mobilisables dans le cadre du SAP et de l'AMU et d'autre part des circonstances de survenue de la détresse, il est nécessaire que soit déterminé pour chaque demande de secours et soins urgents :

- non seulement l'hélicoptère (appareil) le plus adapté à la mission et qui est disponible dans des conditions et des délais compatibles avec l'état de la personne à prendre en charge ;
- mais aussi l'équipe spécialisée la plus adaptée à l'état de la personne et à l'environnement de prise en charge.

Dans l'intérêt des personnes à prendre en charge, chaque demande de secours et soins urgents nécessitant la mobilisation d'un moyen hélicoptéré doit donc faire l'objet d'une évaluation circonstanciée en application des principes de coordination opérationnelle exposés *supra* et des principes de spécialité (a) et de subsidiarité (b) des appareils exposés ci-dessous.

### **a) Principe de spécialité des appareils**

Les capacités opérationnelles et l'aménagement respectif des héliSMUR et des HSC résultent naturellement de leurs priorités de missions.

Les HéliSMUR ont pour mission principale l'AMU, alors que les missions principales des HSC relèvent de la sécurité civile.

Néanmoins :

- Une part substantielle des activités de SAP par hélicoptère mises en œuvre par la sécurité civile sont réalisées conjointement à des activités relevant de l'AMU. C'est tout particulièrement le cas en milieu périlleux, où la Sécurité Civile a développé des compétences spécifiques.
  - Dans un souci de bon emploi des moyens publics, les HSC peuvent concourir à l'AMU qui, dans l'intérêt des victimes/patients, se voit conférer par la DGSCGC le même niveau de priorité que le SAP.
- Les HéliSMUR : des hélicoptères sanitaires spécialement adaptés pour la réalisation d'interventions SMUR primaires et secondaires

Pour l'exercice de l'ensemble de leurs missions énumérées par l'article R. 6123-15 CSP, les équipes d'intervention SMUR peuvent utiliser un moyen de transport de type terrestre, maritime ou aérien, dont l'hélicoptère.

L'héliSMUR est un moyen de transport sanitaire spécialement adapté, permettant la mobilisation des équipes d'interventions SMUR pour l'exercice de l'ensemble de leurs missions (missions SMUR primaires et secondaires) dans des conditions et des délais compatibles avec les exigences de l'AMU. À ce titre, les héliSMUR présentent au minimum les caractères suivants :

- Les héliSMUR sont spécialement aménagés de manière exclusive et permanente selon une configuration sanitaire permettant le transport de patients nécessitant des soins médicaux et de réanimation et une surveillance médicale durant le trajet.
- Sauf exception, les héliSMUR sont directement basés sur un établissement de santé autorisé à exercer l'activité de SMUR.
- Les héliSMUR sont immédiatement opérationnels de manière continue sur une amplitude horaire définie.



- Les HSC : des hélicoptères polyvalents, spécialement adaptés pour la réalisation d'interventions primaires en milieux périlleux et par conditions météorologiques marginales

Qu'elle relève du SAP, de l'AMU ou des deux combinés, la réalisation d'une intervention hélicoptée primaire en milieu périlleux ou par conditions météorologiques marginales requiert la mobilisation d'un hélicoptère spécialement adapté à cet effet.

Les capacités opérationnelles (performances, puissance, volume de soute) et l'aménagement spécifique des HSC (treuil, flottabilité...) en font des vecteurs particulièrement adaptés à ce type d'interventions.

Par ailleurs, les HSC sont spécialement adaptés et leurs équipages spécialement formés pour pratiquer le vol aux instruments (IFR) et le vol de nuit sous jumelles de vision nocturne.

Ce type de missions requiert de surcroît la mise en œuvre de compétences techniques spécifiques par les personnes présentes à bord de l'appareil ainsi qu'une coordination avec les équipes et les moyens au sol.

*b)* Principe de subsidiarité des appareils dans l'intérêt des personnes à prendre en charge

Au-delà des caractéristiques techniques du vecteur, l'intérêt du recours au vecteur hélicopté est également conditionné par le délai d'intervention de ce dernier au regard de l'état de la personne à prendre en charge, et ce quelle que soit la nature de la mission : primaire ou secondaire.

En vertu du principe de subsidiarité des hélicoptères participant au SAP et à l'AMU, un hélicoptère peut être engagé pour la réalisation d'une mission opérationnelle ne relevant pas de sa mission principale lorsque cela présente un intérêt pour la personne en détresse. À ce titre, les HSC contribuent quotidiennement aux missions d'AMU.

Le principe de subsidiarité s'applique en cohérence avec les principes de concertation et d'information réciproque exposés *supra*.

La décision du médecin régulateur du SAMU comportant la demande d'engagement d'un hélicoptère (héliSMUR ou hélicoptère d'État) est une décision médicale. L'élaboration de recommandations professionnelles relatives aux bonnes pratiques de régulation médicale relève de la compétence des sociétés savantes concernées en considération des principes exposés dans le présent document.

La décision d'engagement effectif d'un hélicoptère (héliSMUR ou hélicoptère d'État), qui relève du COZ (ou du CTA-CODIS par délégation) pour les HSC, du SAMU pour les héliSMUR, peut impliquer des éléments de priorisation liés, notamment, aux priorités de mission de chaque moyen et à la préservation de leurs capacités opérationnelles. Ainsi, lorsque pour une demande donnée, après régulation médicale par le SAMU, un héliSMUR et un HSC permettent simultanément d'apporter une réponse adaptée équivalente pour la personne à prendre en charge, la DGSCGC demande que ses hélicoptères ne soient pas sollicités en première intention sur des missions de SMUR secondaire, afin de préserver leur capacité d'intervention pour des missions relevant de la sécurité civile ou des missions d'AMU nécessitant des caractéristiques d'appareil particulières.

### **3. Principe de mobilisation des équipes spécialisées les plus adaptées à l'état de la personne et à l'environnement de prise en charge**

Si différents types d'équipes spécialisées peuvent être mobilisées seules ou conjointement dans le cadre du SAP et de l'AMU (a) la détermination de la composition de l'équipage d'un vol dépend des circonstances, de l'environnement et surtout de l'état de la personne à prendre en charge (b).

*a)* Différents types d'équipes spécialisées mobilisables dans le cadre du SAP et de l'AMU hélicoptés

Différents types d'équipes spécialisées peuvent être mobilisées, seules ou conjointement, dans le cadre du SAP et de l'AMU, parmi lesquelles :

- Équipes médicalisées

Indépendamment de leur statut ou qualité, les médecins participant à l'AMU :

- permettent d'assurer la qualité et la précocité des soins médicaux délivrés aux personnes en détresse ;
- réalisent leur activité en lien direct et systématique avec la régulation médicale du SAMU dans le cadre d'un parcours de soins.

- Équipes d'intervention SMUR

L'activité de SMUR, y compris hélicoptée, est une activité de soins de médecine d'urgence exercée par les établissements de santé autorisés par l'ARS.

Les équipes d'intervention SMUR sont des équipes hospitalières médicalisées spécialement et exclusivement dédiées à l'AMU et mobilisables dans ce cadre, selon les dispositions de l'article R\*6123-15 du code de la santé publique, pour :

- prendre en charge en tous lieux (primaires et secondaires) des patients dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation ;
- prendre en charge des patients nécessitant une prise en charge médicale pendant un transfert entre deux établissements de santé (secondaires).

• Médecins sapeurs-pompiers (MSP)

La circulaire du 5 juin 2015 dispose que l'objectif d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes implique que soient identifiées, dans chaque territoire situé à plus de 30 minutes d'un SMUR ou d'un service d'urgence, les ressources médicales disponibles et qui sont volontaires pour participer à l'AMU.

Les MSP, en tant que membres du SSSM (service de santé et de secours médical) des SIS, participent au SAP et à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS.

Ils peuvent réaliser leurs missions avec l'utilisation d'un hélicoptère identifié comme mobilisable dans le cadre du SAP ou de l'AMU.

Quel que soit le type de vecteur qu'ils utilisent pour l'exercice de leurs missions, la disponibilité opérationnelle des MSP participant à l'AMU est connue du CTA-CODIS et du SAMU. Leur engagement s'effectue par l'intermédiaire du CTA-CODIS, le cas échéant à la demande du médecin régulateur du SAMU.

La connaissance partagée par les ARS, les SIS et les SAMU de l'ensemble des médecins participant à l'AMU est une démarche nécessaire.

Les MSP participant à l'AMU sont pris en compte par les ARS dans l'organisation de l'activité héliportée selon les termes de la circulaire du 5 juin 2015 précitée.

• Spécialisation des équipes médicalisées à la réalisation d'interventions en milieux périlleux

Indépendamment de leur statut ou qualité, les équipes médicalisées peuvent disposer de surcroît de compétences spécifiques pour la réalisation d'interventions en milieux périlleux.

Elles sont formées et entraînées à cette fin, en particulier aux techniques de treuillage.

• Autres équipes spécialisées mobilisables dans le cadre du SAP ou de l'AMU héliportés

Qu'elle relève du SAP ou de l'AMU, la réalisation d'une intervention héliportée peut, selon les circonstances, nécessiter également la mobilisation d'autres compétences spécialisées à bord de l'hélicoptère ou au sol : plongeurs, SAV ; GRIMP ; équipe cynotechnique ; CMIC ; CMIR ; etc.

b) Détermination de la composition de l'équipe embarquée

En fonction de la nature et des conditions d'exécution de la mission, ainsi que de l'état de la personne en détresse, la composition de l'équipe embarquée d'une mission de SAP ou d'AMU par hélicoptère peut être variable.

Le médecin régulateur du SAMU est en charge de déterminer médicalement la nécessité ou non de déclencher la mobilisation d'une équipe médicalisée ainsi que la nature et la composition de cette dernière en adéquation avec l'état du patient à prendre en charge et dans le respect des dispositions du code de la santé publique, des recommandations professionnelles de bonne pratique et des exigences de qualité et de sécurité des soins requises pour l'exercice d'une activité de soins de médecine d'urgence.

Pour les missions de SAP, le COS détermine la composition de l'équipe de secouristes nécessaires à la mission.

Quel que soit le statut de l'hélicoptère utilisé pour une mission de SAP ou d'AMU, le pilote commandant de bord est seul juge de la faisabilité aéronautique de la mission qui est demandée par le médecin régulateur du SAMU ou par le CTA-CODIS (par délégation du COZ).

À ce titre :

- Le pilote commandant de bord est seul compétent pour déterminer le nombre maximal de personnes pouvant embarquer à bord de l'hélicoptère dont il a la charge.
- Lorsque la mission est susceptible de nécessiter l'emploi du treuil, le pilote commandant de bord peut, s'il l'estime indispensable pour des raisons de sécurité, exiger la présence à bord d'un sauveteur spécialisé formé aux techniques de treuillage. Ce personnel est désigné par le COS.

En milieux périlleux, lorsque les contraintes de la mission ne permettent pas d'embarquer tous les personnels désignés par le COS et le médecin régulateur et si une concertation rapide entre partenaires ne permet pas d'adapter le format de l'équipe à embarquer ou les modalités d'exécution de la mission, le pilote commandant de bord :

- peut accepter d'exécuter la mission en la réalisant au mieux, sans compromettre la sécurité des vols, en renonçant le cas échéant à toute opération de treuillage ;
- ou peut refuser d'exécuter la mission si les conditions de sécurité ne sont pas réunies.

Lorsque le pilote commandant de bord refuse d'exécuter la mission qui est demandée par le médecin régulateur du SAMU ou par le CTA-CODIS (par délégation du COZ), ces derniers sollicitent les autres moyens de transport à leur disposition pour réaliser la mission.

#### D. – PRINCIPES DE GOUVERNANCE

La mise en œuvre des principes de gouvernance des activités de SAP et d'AMU hélicoptées (2) nécessite le respect des prérogatives de chaque ministère, des ARS et des préfets en considération des exigences opérationnelles relatives aux missions de chacun (1).

##### 1. Principe de respect des prérogatives

Le respect des prérogatives de chaque ministère, des ARS et des préfets en considération des exigences opérationnelles relatives aux missions de chacun.

###### a) DGOS et DGSCGC

###### • DGOS

La DGOS participe à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique. Elle est chargée de l'élaboration, du pilotage et de l'évaluation de la politique de l'offre de soins en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé.

À ce titre, en liaison avec les autres directions et services concernés du ministère et des autres départements ministériels, les caisses d'assurance maladie et les organismes publics et privés intervenant dans le domaine de l'offre de soins, la DGOS exerce notamment les missions suivantes :

- Elle est responsable de la régulation de l'offre de soins, notamment des établissements de santé. Elle assure, à cet effet, l'égal accès aux soins ainsi que la qualité et la sécurité des soins en veillant à réduire les inégalités territoriales. Elle est compétente pour toute question relative à la détermination et à l'emploi des ressources nécessaires à l'offre de soins, notamment en matière de ressources humaines, de régulation financière ou d'organisation territoriale.
- Elle contribue à la mise en œuvre des plans de santé publique qui intéressent l'offre de soins.
- Elle définit et évalue les politiques relatives à l'accès aux soins de premier recours, à la prise en charge continue des malades ainsi qu'à l'adaptation des parcours de soins.
- Elle oriente et anime les politiques de ressources humaines des établissements publics de santé.
- Elle est responsable du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins et concourt à l'élaboration, au contrôle et à l'évaluation des règles et des procédures garantissant la qualité et la sécurité des soins et leur efficacité médico-économique.

###### • DGSCGC

Aux termes du décret n° 2011-988 du 25 août 2011, la direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises est notamment chargée « des actions de secours visant à la sécurité des personnes et des biens, en temps de paix comme en temps de crise » ainsi que de l'emploi et du maintien en condition opérationnelle « des moyens d'intervention de la sécurité civile ». Pour l'ensemble de ses missions, le DGSCGC s'appuie sur les préfets de zone de défense et de sécurité.

###### b) ARS et préfets

###### • ARS

L'agence régionale de santé (ARS) est chargée notamment, en tenant compte des spécificités de sa région, de réguler, d'orienter et d'organiser sur son territoire l'offre de services de santé afin de veiller à ce que l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population.

L'activité de SMUR, y compris hélicopté, est une activité de soins de médecine d'urgence exercée par les établissements de santé autorisés par l'ARS.



L'organisation de l'activité de soins de médecine d'urgence permettant l'accès de la population aux soins urgents, y compris l'organisation de l'activité de SMUR hélicoptéré, relève de la compétence de l'ARS.

L'autorisation d'exercer l'activité de SMUR ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation de moyens de transports sanitaires terrestres, maritimes ou aériens.

- **Préfets**

Les préfets sont dépositaires de l'autorité de l'État. Ils ont la charge des intérêts nationaux et du respect des lois. Ils représentent le Premier ministre et chacun des ministres. Ils veillent à l'exécution des règlements et des décisions gouvernementales. Ils dirigent, sous l'autorité des ministres et dans les conditions définies par le décret n° 374 du 29 avril 2004, les services déconcentrés des administrations civiles de l'État.

Le préfet de département a notamment la charge de l'ordre public et de la sécurité des populations. Il est responsable, dans les conditions fixées par les lois et règlements relatifs à l'organisation de la défense et de la sécurité nationale, de la préparation et de l'exécution des mesures de sécurité intérieure, de sécurité civile et de sécurité économique qui concourent à la sécurité nationale. Il assure la direction des opérations de secours lorsque l'ampleur des opérations dépasse le périmètre ou les moyens d'une seule commune.

Aux termes de l'article R\*122-4 du code de la sécurité intérieure, « sous l'autorité du Premier Ministre et de chacun des ministres, et dans le respect des compétences des préfets de département, le préfet de zone de défense et de sécurité est responsable de la préparation et de l'exécution des mesures de sécurité nationale au sein de la zone de défense et de sécurité ». À ce titre, il « assure la coordination des actions dans le domaine de la sécurité civile » et « la répartition sur le territoire de la zone de défense et de sécurité des moyens (...) de la sécurité civile (...) mis à [sa] disposition ».

Au titre de la coordination des actions dans le domaine de la sécurité civile, « il fait appel aux moyens publics et privés à l'échelon de la zone et les réquisitionne en tant que de besoin ».

## **2. Principes de mise en œuvre de la gouvernance**

La mise en œuvre de la gouvernance des activités de SAP et d'AMU hélicoptérées s'appréhende au niveau central, (a) entre les autorités régionales et zonales (b), ainsi qu'au niveau local (c).

a) Au niveau interministériel : COmité de PILotage interministériel dédié à la complémentarité des moyens hélicoptérés utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU (COPIL)

Le COPIL est le lieu de concertation interministérielle pour évoquer les questions d'intérêt commun dans le respect des prérogatives de chaque ministère, des ARS et des préfets, en adéquation avec les exigences opérationnelles relatives aux missions de chacun.

Le COPIL pourra être élargi ultérieurement, en tant que de besoin, à d'autres services (le cas échéant d'autres ministères) dont les moyens hélicoptérés participent aux activités de SAP et d'AMU.

Le COPIL se réunit sur une base trimestrielle.

Les ARS et les Préfets peuvent proposer de faire porter des points particuliers à l'ordre du jour du COPIL.

Les éléments du présent document sont le fruit des premiers chantiers identifiés par le COPIL. D'autres chantiers peuvent être engagés sur demande notamment des ARS et des préfets.

Les décisions du COPIL sont diffusées par la DGOS, la DGSCGC autant que de besoin aux acteurs leurs réseaux respectifs (ARS, établissements de santé, préfets, SIS, etc...).

b) Au niveau zonal : Comité d'orientation et de suivi des activités de SAP et d'AMU hélicoptérées

Les préfets de zone et directeurs d'ARS sont invités à mettre en place, au niveau zonal, un comité d'orientation et de suivi dédié à la complémentarité des moyens hélicoptérés utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU.

Ce comité se réunira au moins une fois par an sous la coprésidence du préfet de zone de défense et de sécurité et du directeur de l'ARS de zone ou de leurs représentants, en présence des directeurs d'ARS territorialement compétents, du ou des préfets des départements sièges d'une base d'hélicoptère de la sécurité civile, du ou des représentants des établissements de santé et SAMU concernés, et d'un ou plusieurs représentants de la DGSCGC.

Il pourra être élargi, avec l'accord des intéressés, à d'autres acteurs participant aux missions de SAP et d'AMU par hélicoptère.

Ce comité veillera, collégialement et dans le respect des compétences de chaque acteur, à la bonne application des principes contenus dans le présent document et à la résolution des éventuelles difficultés rencontrées pour leur mise en œuvre.

Il s'attachera notamment à vérifier l'effectivité et la qualité de la coopération opérationnelle et pourra formuler à l'attention du COFIL interministériel des remarques et propositions sur tout sujet afférent à l'organisation du SAP et de l'AMU hélicoptères dans la zone.

Ce comité veillera également à la cohérence d'ensemble des zones d'intervention et procédures de déclenchement et s'attachera à identifier et mettre en valeur les bonnes pratiques au niveau zonal.

#### c) Au niveau local

Les modalités suivant lesquelles les hélicoptères de la sécurité civile concourent aux missions d'AMU font l'objet d'une convention entre les différentes parties, y compris le préfet du département siège de la base, l'ARS, la DGSCGC, et le centre hospitalier siège du SAMU du département d'implantation.

Cette convention est établie en cohérence avec les orientations du comité cité *supra* et conformément aux principes exposés dans le présent document et aux règles d'emploi propres à chaque hélicoptère participant au SAP ou à l'AMU.

Des réunions locales régulières entre les parties à la convention permettent d'en assurer le suivi, de résoudre les éventuelles difficultés rencontrées pour sa mise en œuvre, et de contribuer aux travaux du comité régional.

### E. – CAS PARTICULIERS

#### 1. Activité hélicoptérée en milieux périlleux

##### a) SAP et AMU en mer

Les activités de SAP et d'AMU en mer relèvent notamment de :

- l'instruction relative à l'aide médicale en mer (NOR PRMX1113406J du 29 août 2011) ayant pour objet de fixer l'organisation opérationnelle du système national d'aide médicale à la disposition de tout navire en mer et qui en définit le champ d'application, l'organisation et les responsabilités ainsi que les procédures ;
- l'instruction N° DGOS/R2/2013/409 du 22 novembre 2013 relative à la désignation des SCMM (SAMU de coordination médicale maritimes) et des SMUR-M (SMUR maritimes) dans le cadre de l'aide médicale en mer ;
- et de la circulaire interministérielle NOR INTE 1224209 C du 4 mai 2012, relative aux contributions des services départementaux d'incendie et de secours aux opérations de recherche et de sauvetage en mer.

L'aide médicale en mer s'appuie sur différents organismes et dispositifs, parmi lesquels :

- les CROSS (centre régional opérationnel de surveillance et de sauvetage) assurant la coordination des opérations ;
- le centre de consultation médicale maritime (CCMM), unité du SAMU de la Haute-Garonne (SAMU 31) assurant un service permanent de consultations et d'assistances télé-médicales ;
- les SAMU de coordination médicale maritime (SCMM) en charge d'assurer, conformément aux missions des SAMU, la détermination et l'organisation, dans le délai le plus court possible, de la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel ;
- les SMUR maritimes (SMUR-M) qui interviennent dans le cadre de leurs missions définies à l'article R. 6123-15 du code de la santé publique ;
- les équipes du service de santé des armées (SSA) ou du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) des SDIS.

Les équipes d'intervention mobilisées dans ce cadre le sont généralement au moyen d'hélicoptères d'État : hélicoptères de la sécurité civile, de la marine nationale et de l'armée de l'air, notamment.

Les hélicoptères de la sécurité civile basés à proximité du littoral sont spécialement adaptés et leurs équipages spécialement formés et équipés pour la réalisation d'interventions primaires en mer jusqu'à 100 nautiques des côtes.

La responsabilité générale des interventions maritimes conduites pour la fourniture de l'aide médicale en mer appartient au préfet maritime ou au délégué du Gouvernement pour l'action de l'État en mer. La coordination des opérations est assurée depuis le CROSS par le coordonnateur de la mission de sauvetage.

L'avis du CCMM est obligatoire, notamment en présence d'un patient dont l'évacuation est envisagée vers le territoire. Dans tous les cas, le médecin du CCM qui effectue la téléconsultation médicale maritime assume la responsabilité pleine et entière de son acte médical dans les conditions habituelles de son exercice médical. En fonction de son analyse, il prescrit la thérapeutique adaptée et préconise le type de conduite opérationnelle à tenir en référence à une typologie déterminée.

#### *b) SAP et AMU en montagne*

La notion de zone de montagne est entendue dans son acception courante (et non au sens juridique qui lui est conférée par la loi Montagne du 9 janvier 1985) en fonction d'un certain nombre de paramètres, en premier lieu celui de la nécessité de mettre en œuvre des techniques et des matériels spécifiques aux activités de montagne. D'autres critères peuvent également être pris en compte, dont certains constituent des constantes mais la plupart des variables : conditions météorologiques, type de terrain, accessibilité, etc.

La mise en œuvre de la chaîne des secours et soins urgents en zone de montagne implique souvent la mobilisation d'un moyen hélicoptéré.

Le champ d'application de la notion de secours en montagne est précisé par la circulaire NOR IOC/K11/107/69/C du 6 juin 2011.

Les activités de SAMU et de SMUR en montagne entrent dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) définie par l'article L. 6311-1 du code de la santé publique et sont régies par les dispositions en cause du code de la santé publique.

En zone de montagne, les opérations de SAP et d'AMU sont souvent combinées ; la régulation médicale assurée par le médecin régulateur du SAMU permettant notamment de garantir l'adéquation optimale entre le besoin de la personne et la réponse apportée, ainsi que sa bonne orientation dans le parcours de soins.

En zone de montagne, les interventions de SAP comme d'AMU nécessitent une formation particulière, ainsi que la mise en œuvre de techniques et de matériels spécifiques.

Les hélicoptères de la sécurité civile basés en zone de montagne sont spécialement adaptés et leurs équipages spécialement formés et équipés pour la réalisation d'interventions primaires en zone de montagne.

## **2. Activité hélicoptérée en situation de crise**

Les modalités d'organisation du SAP et de l'AMU par hélicoptère en temps de crise ont été rappelées et précisées par l'instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites.

En situation de crise, la chaîne de commandement est stabilisée autour du préfet, lequel garantit la cohérence de l'action publique et la coordination de l'ensemble des acteurs, notamment ceux du secours à personne (SAP) et de l'aide médicale urgente (AMU), quel que soit le type de vecteur utilisé par ces derniers : terrestre, maritime ou aérien, dont l'hélicoptère.

Aux termes de l'article R\*122-8 du code de la sécurité intérieure, « le préfet de zone de défense et de sécurité prend les mesures de coordination nécessaires lorsque intervient une situation de crise ou que se développent des événements d'une particulière gravité, quelle qu'en soit l'origine, de nature à menacer des vies humaines, à compromettre la sécurité ou la libre circulation des personnes et des biens ou à porter atteinte à l'environnement, et que cette situation ou ces événements peuvent avoir des effets dépassant ou susceptibles de dépasser le cadre d'un département. Il prend les mesures de police administrative nécessaires à l'exercice de ce pouvoir.

Il fait appel aux moyens publics ou privés à l'échelon de la zone de défense et de sécurité et les réquisitionne en tant que de besoin.

Il peut mettre à disposition d'un ou de plusieurs préfets de département de la zone de défense et de sécurité les moyens de l'État existant dans la zone.

Il assure la répartition des moyens extérieurs à la zone de défense et de sécurité qui lui ont été alloués par le ministre de l'intérieur.

Il met en œuvre les mesures opérationnelles décidées par le ministre de l'intérieur pour les moyens de sécurité civile extérieurs à sa zone de compétence (...) »

Aux termes de l'article L1435-2 du CSP, « dans les zones de défense, le préfet de zone dispose, pour l'exercice de ses compétences, des moyens de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. Leurs services sont placés pour emploi sous son autorité lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public au sein de la zone.

Le directeur général de l'agence régionale de santé du chef-lieu de la zone assiste le préfet de zone dans l'exercice de ses compétences. Dans ce cadre, il anime et coordonne l'action de l'ensemble des agences régionales de santé de la zone de défense. L'agence régionale de santé du chef-lieu de zone est, en conséquence, qualifiée d'agence régionale de santé de zone ».

L'utilisation de moyens hélicoptères pour des missions de SAP et d'AMU en situation de crise s'intègre pleinement dans ce cadre général.

Il est donc particulièrement important que le préfet de zone et l'ARS de zone disposent d'une connaissance précise et actualisée de la disponibilité et de l'engagement de l'ensemble des moyens hélicoptères présents dans la zone. Dans ce cadre, l'engagement des moyens hélicoptères doit faire l'objet d'une information systématique du COZ et de l'ARS afin, notamment, d'assurer la sécurité de l'intervention. La pratique d'échange d'informations sur la disponibilité et l'engagement des moyens en temps ordinaire doit permettre de faciliter cet échange en temps de crise. À moyen terme, la mise en place d'un échange des données de géolocalisation permettra d'avoir une vision d'ensemble partagée en temps réel par tous les acteurs.

En application de l'instruction interministérielle relative à la coordination et à l'optimisation des moyens aériens en cas de crise localisée sur le territoire national (NOR PRMD1327269 JO du 4 novembre 2013), lorsqu'un nombre significatif de moyens aériens est appelé à intervenir dans un même secteur, un dispositif de coordination des aéronefs susceptibles d'évoluer dans un espace aérien restreint est mis en place, afin d'assurer la déconfliction des moyens dans un objectif de sécurité des vols, ainsi que d'optimisation de leur emploi.

La décision de déployer un dispositif de coordination dans la troisième dimension est du ressort :

- du DOS, après consultation du PZDS, lorsqu'un seul département est concerné ;
- du PZDS si plusieurs départements sont impactés par la crise.

Ce dispositif repose sur une organisation spécifique, dont la cellule d'activité aérienne (CAA), relayée sur le terrain par un ou plusieurs postes d'information en vol (PIV), constitue le maillon essentiel.

Pour les moyens relevant du Ministère de la santé, ces dispositions n'obèrent pas, en phase de réponse réflexe, l'assistance que les SAMU limitrophes peuvent porter au SAMU confronté à une situation grave, nécessitant une augmentation rapide de ces capacités de prise en charge des victimes.

Le redéploiement des hélicoptères de la sécurité civile, même lorsqu'ils interviennent dans le cadre de l'AMU, est toutefois nécessairement ordonné :

- par le préfet de zone (COZ), s'il a lieu au sein d'une même zone ;
- par la DGSCGC (COGIC) sur demande du préfet de zone, si le redéploiement a lieu entre plusieurs zones de défense.

À leur arrivée sur zone, les hélicoptères déployés se placent sous l'autorité de la CAA, qui centralise alors les demandes de moyens et coordonne leur intervention. Lorsque cela est pertinent, la CAA définit un point de rassemblement des moyens hélicoptères (PRMH), qui peut être un aéroport ou une zone de poser à proximité.

Le chef interbases de la sécurité civile et un représentant de l'ARS de zone siègent à la CAA et assurent le lien entre le chef de la CAA et les vecteurs hélicoptères qui relèvent de leur périmètre.

En cas d'événements multiples dans des zones de défense et de sécurité différentes ou en cas de difficultés de coordination, la juste répartition des moyens engagés en fonction des disponibilités et des besoins identifiés sera arbitrée, en lien avec la ou les CAA :

- par le CORRUSS pour les moyens relevant du ministère de la santé ;
- par le COGIC pour les moyens relevant de la DGSCGC.

En cas de crise à cinétique rapide, la phase critique est l'articulation entre le déclenchement réflexe des moyens et la montée en puissance de la CAA pour assurer le contrôle des opérations aériennes. Les préfets de zone et les ARS de zone veilleront à établir des fiches réflexes afin d'assurer la prise en compte des moyens déclenchés par la CAA dès sa mise en place.

## II. – INDICATEURS COMMUNS D'ACTIVITÉ

Une expérimentation de collecte conjointe de données en vue de l'identification d'indicateurs communs d'activité est mise en place en région PACA depuis début 2016. Les données à recueillir dans ce cadre expérimental ont été définies conjointement. Une interface entre les systèmes d'information de l'ORU-PACA et du Groupement d'hélicoptères de la sécurité civile a été mise en place à cette fin.

Les données collectées permettront de mener une analyse détaillée de la nature des missions, des délais d'intervention et de leurs déterminants, des motifs de recours à l'hélicoptère, de la destination des patients / personnes secourues, etc. Ces données pourront permettre, d'objectiver l'activité réalisée, la valeur ajoutée du recours au vecteur hélicoptère, l'efficacité globale des partenariats en place, l'impact des décisions d'implantation, et de nourrir des discussions nationales et territoriales sur ces sujets. Le traitement conjoint des données brutes collectées dans ce cadre expérimental est assuré par un comité d'orientation technique réunissant les représentants de l'ARS PACA, de l'ORU-PACA, des SAMU de la région PACA, de l'EMIZ et de la DGSCGC.

Une évaluation sera réalisée à l'issue de cette expérimentation en vue de l'identification des indicateurs communs d'activité généralisables au niveau national.





## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente  
ARS : Agence Régionale de Santé  
ARSZ : Agence Régionale de santé de Zone  
BMA : Bureau des Moyens Aériens de la Sécurité Civile  
BMPM : Bataillon de Marins-Pompiers de Marseille  
BSPP : Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris  
CAA : Cellule d'Activité Aérienne  
CCMM : Centre de Consultation Médicale Maritime  
CGCT : Code Général des Collectivités Territoriales  
CMIC : Cellule Mobile d'Intervention Chimique  
CMIR : Cellule Mobile d'Intervention Radiologique  
CODAMUPS-TS : COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires  
CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours  
COGIC : Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises  
COPIL : Comité de PIlotage interministériel dédié à la complémentarité des moyens hélicoptérés utilisés dans le cadre du SAP et de l'AMU  
CORRUSS : Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales  
COS : Commandement ou commandant des opérations de secours  
COZ : Centre Opérationnel de Zone  
CRRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels  
CSP : Code de la Santé Publique  
CTA : Centre de Traitement de l'Alerte  
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins  
DGSCGC : Direction Générale de la Sécurité civile et de la Gestion des Crises  
EMIZ : État-Major Interministériel de Zone  
GHSC : Groupement d'Hélicoptères de la Sécurité Civile  
GNSS : Global Navigation Satellite System  
GRIMP : Groupe d'Intervention en Milieu Périlleux  
HSC : Hélicoptère de la Sécurité Civile  
IFR : Instrument Flight Rules  
JVN : Jumelles de Vision Nocturne  
MOB : Mécanicien Opérateur de Bord  
MSP : Médecins Sapeurs-Pompiers  
ORSAN : Organisation de la Réponse du système de SANté en situations sanitaires exceptionnelles  
ORSEC : Organisation de la Réponse de SECurité civile  
PGHM : Peloton de Gendarmerie de Haute Montagne  
PIV : Poste(s) d'Information en Vol  
PRMH : Point de Rassemblement des Moyens Hélicoptères  
PZDS : Préfet de Zone de Défense et de Sécurité  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAP : Secours A Personne  
SAV : Sauveteur aquatique  
SCMM : SAMU de Coordination Médicale Maritime  
SH : Sauveteur Hélicoptéré  
SIS : Services d'Incendie et de Secours  
SMUH : Service Médical d'Urgence par Hélicoptère  
SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation  
SMUR-M : SMUR-Maritime

SNSM : Société Nationale de Sauvetage en Mer

SSA : Service de Santé des Armées

SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical des SIS

SUAP : Secours d'Urgence Aux Personnes

UIISC : Unité d'Instruction et d'Intervention de la Sécurité Civile



## SOLIDARITÉS

### PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale  
de la cohésion sociale*

Comité interministériel du handicap

**Instruction n° DGCS/SD4/2017/44 du 6 février 2017 relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les quatre diplômes suivants, en matière d'autisme : diplôme d'État d'éducateur spécialisé ; diplôme d'État d'éducateur pour jeunes enfants ; diplôme d'État de moniteur éducateur ; diplôme d'État d'aide médico-psychologique**

NOR : AFSA1703776J

Examinée par le COMEX JSCS le 12 janvier 2017.

*Date d'application* : immédiate.

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

*Résumé* : la présente instruction s'inscrit dans la continuité de l'instruction n° DGCS/SD4/2015/ 267 du 31 juillet 2015 relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les 4 diplômes suivants, en matière d'autisme :

- diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES) ;
- diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE) ;
- diplôme d'État de moniteur éducateur (DEME) ;
- diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP).

Elle précise les modalités de restitution des recueils d'informations réalisés aux établissements de formation ainsi que les suites à donner par ces établissements de formation.

*Mots clés* : diplôme d'État de travail social – établissement de formation en travail social – autisme.

*Référence* : instruction n° DGCS/SD4/2015/267 du 31 juillet 2015 relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les 4 diplômes suivants, en matière d'autisme : diplôme d'État d'éducateur spécialisé ; diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants ; diplôme d'État de moniteur éducateur ; diplôme d'État d'aide médico-psychologique.

*Annexes* :

- Annexe 1. – Audit des établissements de formation au travail social. Synthèse de la démarche et principaux résultats.
- Annexe 2. – Modèle de note à adresser aux établissements de formation.
- Annexe 3. – Grille d'auto-analyse et de plan d'actions pour les établissements de formation n'ayant pas répondu au recueil d'informations ou dont les éléments n'ont pu être exploités.
- Annexe 4. – Grille de réponse et de plan d'actions pour les établissements de formation ayant répondu au recueil d'informations.
- Annexe 5. – Audit des établissements de formation au travail social. Contenu de référence et repères bibliographiques.
- Annexe 6. – Instruction n° DGCS/SD4/2015/267 du 31 juillet 2015 relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les quatre diplômes suivants, en matière d'autisme : diplôme d'État d'éducateur spécialisé ; diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants ; diplôme d'État de moniteur éducateur ; diplôme d'État d'aide médico-psychologique.

*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 et*

*Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer.*

Le domaine de l'autisme constitue un enjeu de santé publique de premier plan qui fait actuellement l'objet de la mise en œuvre du 3<sup>e</sup> plan autisme 2013/2017.

Les données épidémiologiques montrent qu'une naissance sur cent cinquante entre dans le champ des troubles envahissants du développement.

On identifie plus de 12 000 professionnels relevant des diplômes de travail social, en poste dans une structure médico-sociale spécialisée dans l'autisme. La formation initiale et continue de ces professionnels est donc déterminante pour la qualité de l'accompagnement des personnes atteintes de troubles du spectre autistique (TSA).

La fiche action n° 31 du 3<sup>e</sup> plan autisme (2013/2017) prévoit de faire évoluer les contenus de formation des diplômés du travail social, afin de tenir compte des avancées importantes et rapides des connaissances portant sur les TSA et des différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles qui intègrent des stratégies et méthodes comportementales et développementales.

Afin de faire un état des lieux des contenus et modalités des formations du travail social dans ce champ, un premier recueil d'informations a fait l'objet d'une instruction en date du 31 juillet 2015 (annexe 6).

Ce recueil visait l'analyse des contenus des formations portant sur l'autisme des quatre diplômes du travail social suivants :

- diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES) ;
- diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE) ;
- diplôme d'État de moniteur éducateur (DEME) ;
- diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP).

Ces diplômes sont préparés par 228 établissements de formation. Il est à noter que le diplôme d'AMP est à ce jour remplacé par le diplôme d'accompagnant éducatif et social qui sera donc concerné à l'avenir, quelle que soit la spécialité choisie.

Pour mémoire, vous étiez chargés de transmettre la demande relative au recueil d'informations aux organismes de formation et de collecter les documents et supports destinés à être étudiés par les membres désignés par le comité de suivi du troisième plan autisme.

Les organismes de formation devaient vous adresser un certain nombre de pièces dont les supports de cours, le nombre d'heures dédiées, les bibliographies, les *curriculum vitae* des formateurs.

Au 30 décembre 2015, 128 organismes de formation ont fait parvenir leurs éléments. L'analyse des données nationales montre notamment une très forte hétérogénéité des contenus de formation proposés par les établissements (le détail de l'analyse figure en annexe 1).

Tous les éléments n'ont pu être exploités, en raison de difficultés liées à l'ouverture de fichiers, à l'insuffisance des informations transmises, ou à l'absence de transmission de certaines données. Ceux qui ont pu l'être ont donné lieu à des rapports d'audit par établissement.

Pour la suite de la démarche, il vous est demandé de transmettre :

1. Aux établissements qui ont alimenté le recueil d'informations, les annexes 1, 2, 4 et 5, à savoir :
  - la grille d'analyse des contenus de formation de chaque établissement de formation relevant de votre ressort, qui vous sera communiquée par mail par la direction générale de la cohésion sociale ;
  - la synthèse nationale du recueil d'informations (cf. annexe 1) ;
  - le courrier à adresser aux établissements de formation (cf. annexe 2) ;
  - la grille de réponse et de plan d'actions pour les établissements de formation ayant répondu au recueil d'informations et dont les contenus de formation ne seraient pas intégralement conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (cf. annexe 4) ;
  - les contenus de référence et repères bibliographiques (cf. annexe 5).
2. Aux établissements qui n'ont pas répondu, les annexes 1, 2, 3 et 5, à savoir :
  - la synthèse nationale du recueil d'information (cf. annexe 1) ;
  - le courrier à adresser aux établissements de formation (cf. annexe 2) ;

- la grille d'auto diagnostic et de plan d'actions pour les établissements de formation n'ayant pas répondu au recueil d'informations, ou dont les éléments n'ont pu être exploités (cf. annexe 3) ;
- les contenus de référence et les repères bibliographiques (cf. annexe 5).

Tous les organismes de formation en travail social, qu'ils aient ou non répondu au recueil d'informations initial doivent donc vous apporter une réponse et/ou présenter leur plan d'actions, par voie de messagerie d'ici le 31 mai 2017, en utilisant les grilles jointes en annexe.

Il vous est ainsi demandé de collecter les réponses des établissements de formation, reçues à cette date et de les faire parvenir pour le 15 juin 2017, à la messagerie suivante : [cih.secr@sante.gouv.fr](mailto:cih.secr@sante.gouv.fr). Les annexes 3 et 4 devront être retournées en format natif afin de faciliter le traitement des données. Nous vous demanderons par ailleurs de relancer les établissements de formation n'ayant pas répondu.

Ces plans d'actions seront ensuite étudiés par les membres du comité de suivi dans le cadre d'un suivi de l'action, en lien avec les acteurs concernés.

En parallèle, les résultats des premiers recueils d'informations seront transmis aux Agences régionales de santé par le secrétariat général du comité interministériel du handicap.

Enfin, une information nationale synthétique sera diffusée dans le cadre du comité de suivi du troisième plan.

Je vous remercie de me faire part de toute éventuelle question ou difficulté que cette note pourrait soulever.

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

## ANNEXE I



### COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DU HANDICAP

PLAN AUTISME 2013/2017

### AUDIT DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION AU TRAVAIL SOCIAL

#### Synthèse de la démarche et principaux résultats

##### 1. Données de cadrage

L'audit des contenus de diplômes du travail social s'inscrit dans le cadre de la fiche action 31 du troisième plan autisme.

Le contour et les modalités de l'audit sont précisés par l'instruction du 31 juillet 2015.

L'audit vise l'analyse des contenus de formation portant sur l'autisme des 4 diplômes du travail social suivants :

- diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP) ;
- diplôme d'État de moniteur éducateur (DEME) ;
- diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE) ;
- diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES).

Ces diplômes sont préparés par 228 établissements de formation.

Les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) étaient chargées de transmettre la demande d'audit aux établissements de formation et de collecter les documents et supports destinés à être étudiés par les auditeurs désignés par le comité de suivi.

Les établissements de formation devaient adresser un certain nombre de pièces dont les supports de cours, le nombre d'heures dédiées, les bibliographies, les *curriculum vitae* (CV) des formateurs....

Au 30 décembre 2015, 128 établissements de formation ont fait parvenir leurs éléments. Presque tous les adhérents de l'Union nationale des acteurs de formation et de recherche en intervention sociale (UNAFORIS) ont fait parvenir leurs supports.

##### 1. Modalités de l'audit

26 auditeurs ont été mobilisés sur la démarche.

Des binômes ont été constitués, appartenant tous les deux si possible à la même région et représentant des institutions ou organisations différentes.

Tous les auditeurs ont signé une charte d'engagement portant sur les conflits d'intérêt, la connaissance de l'état des connaissances, des recommandations de bonnes pratiques, le respect de la confidentialité, la rédaction des propositions et commentaires selon approche positive.

Une grille d'analyse a été élaborée dans le cadre d'un groupe de travail du comité de suivi, elle est l'unique support de l'audit et de restitution.

Les auditeurs disposaient des documents supports élaborés dans le cadre du groupe de travail :

- instruction du 31 juillet 2015 ;
- charte engagement ;
- grille d'évaluation.

Les binômes ont consacré entre 10 et 30 heures à ce travail.

##### 4. Analyse des retours

À noter qu'une centaine d'établissements n'a pas répondu à cet audit soit plus de 56 % de l'ensemble des organismes de formation.

### *Sur les documents transmis par les établissements de formation*

Les auditeurs constatent une très forte hétérogénéité des contenus proposés par les établissements de formation. (certains dossiers sont explicites et bien documentés, d'autres se réduisent à très peu d'éléments, simplement des intitulés de cours sans leur contenu...).

Des supports sont parfois difficiles à exploiter (supports succincts, pas d'information sur le rattachement des supports à tel ou tel cours, CV des formateurs peu détaillés, certains supports ne concernant pas l'autisme, fichiers impossibles à ouvrir...)

Par ailleurs, les consignes données aux établissements de formation ont été différentes d'une région à une autre.

### *Bilan quantitatif des retours*

128 dossiers retournés par les DRJSCS.

32 dossiers n'ont pas pu être évalués en raison d'un matériau insuffisamment exploitable.

Sur les 96 dossiers dont les contenus ont pu être évalués :

- 32 (soit 14 % de tous organismes de formation) proposent des contenus en conformité avec l'état des connaissances et en accord avec les recommandations de bonnes pratiques ;
- pour les 64 dossiers restant, les éléments présentés ne sont pas en conformité avec l'état des connaissances et les recommandations de bonnes pratiques ;
- parmi ces 64 dossiers, une quinzaine présentent l'autisme uniquement comme une psychose, et une vingtaine font cohabiter l'état des connaissances et les recommandations HAS/ANESM avec une approche de l'autisme comme d'une psychose infantile.

### *Les contenus et leur lien avec l'état des connaissances et les recommandations*

Certaines propositions sont souvent jugées « incohérentes » par les auditeurs :

- au sein d'un même organisme de formation, pour un même diplôme, peuvent cohabiter des enseignements conformes aux recommandations et à l'état des connaissances et des enseignements présentant l'autisme comme une psychose, selon des données obsolètes, ou présentant des interventions non recommandées (3i, packing...). Ceci peut être enseigné par un même intervenant ou par des intervenants différents. Des établissements de formation présentent cette approche comme « plurielle », « pluri référentielle » « humaniste » ;
- au sein d'un même organisme de formation, peuvent cohabiter un enseignement en phase avec les recommandations pour un diplôme et un qui ne l'est pas pour un autre diplôme ;
- certains contenus semblent être des « copiés collés » de cours existant par ailleurs, ce qui interroge sur les contenus réels ;
- des contenus ou lettres d'intention en faveur des recommandations cohabitent avec une bibliographie aux références théoriques exclusivement anciennes présentant l'autisme comme une psychose ;
- des auditeurs font état d'un « saupoudrage de connaissances actualisées au sein de programmes éclectiques » ;
- plusieurs établissements de formation sont en opposition frontale avec l'état des connaissances et la démarche préconisée dans les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Les auditeurs relèvent souvent l'absence de contenus portant sur :

- les adultes avec autisme, l'autisme étant la plupart du temps présenté uniquement dans le cadre de l'enfance ;
- les évaluations du fonctionnement des personnes ;
- les questions de santé ;
- la place de la famille.

D'un point de vue pédagogique, les auditeurs relèvent des approches souvent théoriques peu en lien avec la réalité du métier et de la pratique (particulièrement pour les supports à destination des AMP).

Néanmoins, des auditeurs ont relevé que certains établissements de formation proposant la formation AMP présentent un contenu de meilleure qualité.

Les auditeurs s'interrogent sur le profil des formateurs : quelle expertise, quelle expérience ont-ils de l'autisme ? Quelles formations ont-ils eu sur le sujet ?

### **3. Restitution des résultats de l'audit aux établissements de formation**

Tous les instituts de formation ayant participé à cette démarche auront un retour selon les modalités suivantes :

- communication de la synthèse nationale ;
- communication de l'audit individuel (au moyen des grilles renseignées par les auditeurs) ;
- communication d'une base documentair ;
- communication d'un contenu de référence.

Les établissements pour lesquels un avis négatif aura été donné, devront proposer un plan d'actions, d'ici le printemps 2017, visant à mettre leurs contenus de formation en phase avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles..

Ces plans d'actions seront par ailleurs remis aux auditeurs qui prolongeront ainsi la mission qui leur a été confiée dans le cadre de l'audit.

Les instituts de formation qui n'ont pas remis leurs contenus, seront destinataires de la synthèse nationale, d'une grille vierge, ainsi qu'une base documentaire et un programme cible faisant référence aux bonnes pratiques.

Ils devront procéder à une auto évaluation de leurs programmes et proposer un plan d'actions si nécessaire.

Par ailleurs, les réseaux auxquels appartiennent les établissements de formation seront informés des résultats de l'audit.

## ANNEXE 2

### MODELE DE NOTE À ADRESSER AUX ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION DU TRAVAIL SOCIAL

#### Documents joints :

- grille d'audit de vos contenus de formation, le cas échéant ;
- synthèse nationale de l'audit ;
- grille de réponse et de plan d'action pour les établissements de formation ayant répondu à l'audit et dont les contenus de formation ne seraient pas intégralement en phase avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- grille d'auto diagnostic et de plan d'actions pour les établissements de formation n'ayant pas répondu au questionnaire, ou dont les éléments n'ont pu être exploités ;
- contenu de référence et repères bibliographiques.

**Objet** : restitution du recueil d'information auprès des Établissements de formation au travail social réalisé sur quatre diplômés du travail social.

Madame, Monsieur le(la) directeur(rice)

À l'automne dernier, il vous a été demandé de transmettre l'ensemble de vos supports, documents, cours portant sur l'autisme dans le cadre des quatre diplômés du travail social : diplôme d'État d'éducateur spécialisé, diplôme d'État d'éducateurs de jeunes enfants, diplôme d'État de moniteur éducateur et diplôme d'État d'aide médico-psychologique.

Nous vous remercions pour votre implication dans cette démarche dont l'objectif est l'amélioration de la qualité des contenus de formations portant sur l'autisme en s'appuyant sur l'état des connaissances et les recommandations de bonnes pratiques publiés par la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM).

L'ensemble des éléments fournis par les établissements de formation du travail social a fait l'objet d'une évaluation par 26 auditeurs, répartis en binômes, au moyen d'une grille d'analyse commune.

Si vous avez transmis vos éléments, et s'il a été possible de les exploiter, vous trouverez ci-joint les éléments d'analyse réalisés par les auditeurs mobilisés sur cette démarche.

Vous trouverez également une synthèse de l'audit national, et des éléments de contenu de référence et de bibliographie pouvant vous aider dans la démarche d'amélioration des contenus portant sur l'autisme.

Cet audit s'inscrivant dans une démarche dynamique, vous avez la possibilité de répondre aux auditeurs au moyen de la grille transmise.

Par ailleurs, si les auditeurs en avaient fait la demande, nous vous demandons de bien vouloir faire parvenir à l'attention de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS) de votre région la grille présentant le plan d'actions, signée par vous-même, destinée à présenter les démarches que vous envisagez de mener suite à cet audit, avant le 31 mai 2017.

Si vous n'avez pas fait parvenir vos éléments, ou si ceux-ci n'ont pas pu être exploités, nous vous demandons de réaliser un auto diagnostic et de présenter un plan d'actions signé par vous-même au moyen de la grille d'auto diagnostic jointe à cet envoi, avant le 31 mai 2017, à l'attention de la DRJCS de votre région.

La synthèse nationale, ainsi que les grilles d'audit ont été transmises aux ARS, et aux différents réseaux des établissements de formation en travail social.

Nous vous remercions pour votre implication dans le processus d'amélioration de la qualité de la formation des établissements de formation du travail social.

Le DR(D)JSCS







ANNEXE 4

**GRILLE DE RÉPONSE ET PLAN D' ACTIONS  
À envoyer à la DRJSCS de votre région avant le 31 mai 2017**

Nom de l'établissement de formation		
Région de l'établissement de formation		
Diplômes concernés dans l'établissement de formation		EJE / ES / ME / DEAES
Date		
<b>Réponse de l'établissement de formation aux conclusions de l'audit</b>		
Plan d'actions envisagé, ou déjà enclenché pour une mise en phase des contenus de formation avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles (si nécessaire) [Remplir un tableau pour chaque formation réajustée]		Calendrier
Intervenants (sélection, formation des intervenants, critères de sélection, ...)		
Objectifs de formation		
Nature de la modification des contenus et/ou mode de formation.		
Partenariat (nouveau, à développer, en cours de construction...)		
Temps consacré aux enseignements		
Bibliographie / références / documents supports pour les formés...		
Articulation avec le métier visé		
Méthodes pédagogiques		
Articulation des contenus		
Articulation des différents intervenants		
Adaptation des contenus		
Autres / commentaires (dont la prise en compte des remarques dans le cadre de la mise en œuvre du DEAES qui se substitue au DEAMP)		
Nom et prénom du directeur de l'organisme		
Signature du directeur de l'organisme		

ANNEXE 5

COMITÉ INTERMINISTÉRIEL DU HANDICAP

Plan autisme 2013/2017

AUDIT DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION AU TRAVAIL SOCIAL

*Contenus de référence et repères bibliographiques*

1. Contenu de référence

Le contenu présenté ici est celui élaboré dans le cadre du certificat autisme validé par la commission professionnelle consultative (CPC) du 11 juillet 2016.

Il s'agit d'une formation spécifique complémentaire aux diplômes du travail social.

Elle nécessite une adaptation pour répondre parfaitement aux objectifs visés dans les 4 diplômes concernés par l'audit.

Ce contenu de référence constitue une base sur laquelle peuvent s'appuyer les organismes de formation afin d'élaborer des programmes de formation adaptés aux diplômes préparés.

Il appartient donc à chaque organisme de formation :

- d'adapter les objectifs et le contenu au diplôme visé ;
- d'identifier le niveau d'approfondissement exigé ;
- d'élaborer la progression pédagogique ;
- d'adapter les méthodes pédagogiques.

*État des connaissances*

L'évolution des connaissances et de la recherche.

L'état des connaissances scientifiques et les sources scientifiquement reconnues.

Les critères de pertinence de l'information dans le cadre de l'élaboration des connaissances scientifiques.

Les classifications internationales des maladies (CIM 10, DSM5) et leurs évolutions.

La prévalence.

L'étiologie : hypothèses scientifiques en cours (génétiques, neuro-chimiques, neuro-anatomiques), recherches scientifiques en cours.

Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et/ou de la Haute Autorité de santé (HAS), présentation générale des interventions recommandées.

Le diagnostic : acteurs, modalités, outils (enfants et adultes).

L'évaluation du fonctionnement de la personne : principes, principaux outils et échelles validés, les liens avec le programme personnalisé d'interventions et les accompagnements au quotidien.

Sémiologie :

- spécificités cognitives d'une personne atteinte de troubles du spectre autistique (TSA) (processus de généralisation, mentalisation, cohérence centrale, théorie de l'esprit, les fonctions exécutives, la régulation, la mémoire) ;
- spécificités de la communication/ socialisation : l'interaction sociale, l'attention conjointe, l'imitation, le langage ;
- spécificité au plan émotionnel.

Les plans autisme.

*Fonctionnement cognitif, interactions sociales et inclusion sociale*

Spécificités de la personne TSA dans ses interactions sociales (attention conjointe, perception de la voix humaine, prosodie, motricité sociale, cohérence centrale, imitation, etc.).

Particularités du fonctionnement cognitif (troubles des fonctions exécutives, adaptation aux changements, généralisation des apprentissages).

Les compétences particulières des personnes avec TSA.

Les modes d'actions : modalités, outils, évaluation, acteurs (dont les entraînements aux habiletés sociales, les scénarii sociaux, la généralisation des apprentissages dans différents contextes, les principes du job coaching, les points clé des aménagements pédagogiques, etc.).

L'accompagnement vers l'emploi

#### *Évaluation du fonctionnement global de la personne*

Enjeux, définition, objectifs, analyse et modalités de prise en compte.

Les domaines à évaluer ; les principes et les outils de référence pour l'évaluation (PEP-3, CARS, ECA, VINELAND...).

L'indispensable lien entre évaluation régulière et projet personnalisé d'interventions.

#### *La communication*

Rappel du développement du langage et de la communication chez la personne sans autisme, les différents niveaux et aptitudes essentielles à la communication (expressive et réceptive).

Les spécificités des troubles du langage et de la communication chez la personne ayant un TSA.

Les différents systèmes et outils de communication adaptés aux niveaux et modalités de communication des personnes avec un TSA : procédures de travail des compétences communicationnelles, stratégies d'enseignement adaptées pour les promouvoir (notamment les stratégies visuelles), comment intégrer ces compétences aux activités quotidiennes.

Les outils de l'évaluation des compétences en communication.

#### *Les aspects sensoriels, sensori-moteurs et la santé au quotidien*

Rappel sur : la perception, le traitement et l'intégration de l'information sensorielle, les étapes de traitement de l'information sensorielle

Les spécificités de l'autisme sur le plan sensoriel (hyper/hypo sensibilité, tactile, auditive, kinesthésie, goût, odorat, la fluctuation de l'hyper/hypo sensibilité, etc.) et sur le plan sensori-moteur.

Les outils d'évaluation des aspects sensori-moteurs.

Conséquences des particularités sensorielles sur le quotidien, les apprentissages et la socialisation.

Aménagements de l'environnement physique et social.

Les étapes de la vie et les périodes de transition (adolescence, vieillissement).

Santé : comorbidités fréquentes et santé au quotidien.

Suivi de la santé, médicaments et actions spécifiques de prévention.

Les modes d'expression de la douleur

Les enjeux de l'évaluation somatique.

Exploration somatique : protocoles et acteurs.

La vie affective et sexuelle.

#### *Anticipation et gestion des comportements problème*

Définition du comportement problème.

Observations et évaluations, analyse fonctionnelle.

Prévention et anticipation.

Les techniques et procédures (renforcement des comportements socialement adaptés, extinction d'un comportement inadapté, retrait d'attention...).

L'évaluation de l'action ?

#### *Les approches et interventions recommandées : fondements et principales stratégies*

Fondements et caractéristiques des interventions éducatives, comportementales et développementales recommandées.

Des interventions personnalisées, globales et coordonnées : repères éthiques, liens entre évaluation du fonctionnement et du développement avec les interventions éducatives, dimension inclusive, co-élaboration avec la personne et la famille (ou le représentant légal).

Liens et articulations possibles entre les différentes approches et techniques.

La dimension pluri disciplinaire des interventions.

### *Le projet personnalisé d'interventions (PPI) et l'accompagnement au quotidien*

Rappel sur la définition et les objectifs du PPI.

Les particularités du PPI pour une personne TSA.

Les enjeux de l'évaluation régulière dans le cadre de l'élaboration du PPI. Le rôle des évaluations systématiques et informelles du fonctionnement dans l'évolution et la régulation du PPI.

Les éléments à prendre en compte de manière particulière pour une personne avec un TSA en vue de la construction et l'évolution du PPI (communication, socialisation, îlots d'intérêts, compétences émergentes, les particularités comportementales, le développement émotionnel, l'autonomie dans la vie quotidienne, la gestion du temps libre et des loisirs).

La généralisation des acquis dans différents contextes et lieux de vie.

Les enjeux et les outils du continuum de l'intervention quel que soit le lieu, et les acteurs.

L'environnement matériel et son impact sur l'accompagnement au quotidien.

La co-construction et la mise en œuvre du PPI avec les familles.

### *Le projet personnalisé d'interventions et l'accompagnement au quotidien :*

Mise en place d'objectifs fonctionnels dans le PPI.

Enjeux spécifiques du pilotage et de l'articulation de plusieurs PPI.

La relation avec les familles : Les enjeux de la co-construction et la mise en place d'un partenariat. La guidance parentale : fonctions, modalités de déploiement, particularités de la guidance à domicile.

La gestion des parcours : partenariat et coopérations.

## **2. Repères bibliographiques non exhaustifs, donnés à titre indicatif**

### *Plan autisme et recommandations*

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, troisième plan autisme (2013-2017).

Docteur Baghdadli Amaria, Recommandations pour la pratique professionnelle du diagnostic de l'autisme, Paris, Saint Denis La Plaine : FFP, HAS , 2005.

HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement. État des connaissances hors mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche fondamentale. Saint-Denis-La Plaine : HAS , 2010.

ANESM. Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autisme ou autres troubles envahissants du développement, Saint-Denis : ANESM, 2010.

HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : diagnostic et évaluation chez l'adulte. Saint-Denis-La Plaine : HAS, 2011.

ANESM, HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Saint-Denis : ANESM, HAS, 2012.

### *Ouvrages*

Attwood, T. (2009). Attwood, T. (2009). Le syndrome d'Asperger. Bruxelles : Ed. De Boeck. Bruxelles : Ed. De Boeck.

Baghdadli, A. et Brisot-Dubois, J. (2011). Entraînement aux habiletés sociales appliqué à l'autisme. Guide pour les intervenants Editeur : Elsevier Masson Nombre de pages : 136| ISBN : 9782294707421|

Caucal, D. & Brunod, R. (2010). Les aspects sensoriels et moteurs de l'autisme. Ed. AFD

Howlin, P., Baron-Cohen, S. & Hadwin, J. (2011). Apprendre aux enfants autistes à comprendre la pensée des autres - 320 pages - De Boeck.

Leaf, R. & McEahin, J. (2006). Autisme et A.B.A : une pédagogie du progrès - Pearson Ed. - 432 pages.

Les publications de l'Unapei. Guide «Autisme : les recommandations de bonnes pratiques professionnelles / Savoir-être et savoir-faire : <http://www.unapei.org/Guide-Autisme-les-recommandations-de-bonnes-pratiques-professionnelles-Savoir.html>

Magerotte, G. & Willaye, E. (2014), 2<sup>e</sup> éd. Évaluation et intervention auprès des comportements-défis Déficience intellectuelle et/ou autisme. Collection : Questions de personne. Editeur : De Boeck

Mesibov, G. B. (2000). Autisme : Le défi du programme Teacch . ProAid Autisme.

Rogé, B. (2015). Autisme, comprendre et agir. Collection : Psychothérapies, Dunod, 3<sup>e</sup> édition - 272 pages

Rogers, S. J. & Dawson, G.. (2013). L'intervention précoce en autisme : le modèle de Denver pour jeunes enfants. Collection : Les ateliers du praticien , Dunod

Tardif, C. et Gepner, B. (2014). L'autisme. Armand Colin, Pages : 128

ANNEXE 6



Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

**Direction générale de la cohésion sociale  
Comité Interministériel du Handicap**

La ministre des affaires sociales, de la santé  
et des droits des femmes

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la  
jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Copie pour information :  
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des  
agences régionales de santé

**INSTRUCTION N° DGCS/SD4/2015/ 267 du 31 juillet 2015** relative au recueil national des contenus de formations délivrés pour les 4 diplômes suivants, en matière d'autisme : Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé ; Diplôme d'Etat d'Educateurs de Jeunes Enfants ; Diplôme d'Etat de Moniteur Educateur ; Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique.

Date d'application : immédiate

Classement thématique : C1

**Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 31 juillet 2015 – N °50.  
Examinée par le COMEX le 21 juillet 2015.**

**Publiée au BO** : non

**Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr** :non



<b>Résumé</b> : La fiche action n°31 du 3 <sup>ème</sup> plan autisme (2013 / 2017) prévoit de faire évoluer les contenus de formation des diplômes du travail social, afin de tenir compte des avancées importantes et rapides en matière de connaissances sur les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et des différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Dans ce contexte, la présente instruction a pour objet de procéder à un recueil précis des contenus de formations délivrés pour les 4 diplômes suivants : Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé ; Diplôme d'Etat d'Educateurs de Jeunes Enfants ; Diplôme d'Etat de Moniteur Educateur ; Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique.
<b>Mots-clés</b> : diplôme travail social - école de formation - autisme
<b>Textes de référence</b> : zone à remplir le cas échéant
<b>Circulaires abrogées</b> : zone à remplir le cas échéant
<b>Circulaires modifiées</b> : zone à remplir le cas échéant. Rappel : privilégier l'abrogation et la réécriture de la circulaire
<b>Annexes</b> : Annexe 1 - Liste des écoles de formation en travail social concernées par l'audit national Autisme Annexe 2 - Les contenus pédagogiques à cibler
.

La fiche action n°31 du 3<sup>ème</sup> plan autisme (2013 / 2017) prévoit de faire évoluer les contenus de formation des diplômes du travail social, afin de tenir compte des avancées importantes et rapides en matière de connaissances sur les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et des différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles<sup>1</sup>.

Le domaine de l'autisme, au regard des connaissances actualisées et de la progression des diagnostics, constitue un enjeu de santé publique de premier plan. Les données épidémiologiques intégrées au corpus de connaissances de la Haute Autorité de Santé (2010) font état d'une naissance sur 150 entrant dans le champ des troubles envahissants du développement. Les données de la DREES (enquête ES 2010) identifient près de 12 000 professionnels<sup>2</sup> relevant des diplômes du travail social, en poste dans une structure médico-sociale spécialisée dans l'autisme. Ce chiffre est sous-évalué, de nombreux établissements et services accompagnant, de fait, des personnes avec autisme sans pour autant bénéficier d'une autorisation spécifique.

L'évolution de l'offre médico-sociale, orientée par l'émergence en France de stratégies et méthodes comportementales et développementales, engage une véritable adaptation des contenus de formation initiale et continue.

<sup>1</sup> Juin 2005 : « Dépistage et diagnostic de l'autisme » (Enfance), Fédération française de psychiatrie, en partenariat avec la HAS

Janvier 2010 : « Pour un accompagnement de qualité des personnes avec autismes et autres TED », ANESM

Mars 2010 : « Etats des connaissances », HAS

Juillet 2011 : « Diagnostic et évaluation de l'autisme et autres TED chez l'adulte », HAS

Mars 2012 : « Autisme et autres TED : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », HAS-ANESM

<sup>2</sup> 600 professionnels de direction et d'administration, 760 professionnels d'encadrement intermédiaire, 10 620 professionnels éducatifs, pédagogiques et sociaux.

Il vous est donc demandé de procéder à un recueil précis des contenus de formations délivrés pour les 4 diplômes suivants :

- Diplôme d'Etat d'Educateur Spécialisé ;
- Diplôme d'Etat d'Educateurs de Jeunes Enfants ;
- Diplôme d'Etat de Moniteur Educateur ;
- Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique.

En premier lieu, il s'agira de transmettre, avant le 30 septembre 2015, la liste précise des écoles délivrant, dans votre région, les diplômes précités, à partir du fichier annexé à la présente instruction (annexe n°1).

En second lieu, vous transmettez avant le 30 octobre, plusieurs documents recueillis auprès des écoles identifiées :

- Les documents utilisés dans le cadre de cours traitant explicitement des troubles du spectre de l'autisme, des troubles cognitifs, de psychose :
  - ❖ Supports de l'intervenant, dont les supports vidéo,
  - ❖ Documents remis aux étudiants,
  - ❖ Documents de référence (lois, règlements, circulaires, textes officiels, classifications, recommandations, etc...),
  - ❖ Bibliographie délivrée (y compris les mémoires d'étudiants de l'école lorsqu'ils sont intégrés dans la bibliographie remise aux étudiants, avec dans ce cas l'abstract du mémoire).
  - ❖ Contenu des conférences, colloques, séminaires, etc. vers lesquels les étudiants peuvent être orientés en complément des cours assurés en formation initiale.
- Le temps (heures) consacré à ces sessions spécifiques.
- Le descriptif du mode pédagogique utilisé. Exemples : objectifs de formation propres à cette session, place des travaux pratiques, les attendus en apports de compétences issus des temps de stage, etc.
- Les évolutions en cours, le cas échéant, sur le projet pédagogique consacré à l'autisme et aux troubles cognitifs.
- Les intervenants : leur statut (permanent ou extérieur à l'école), les profils recherchés (compétences, qualifications, exercice en structure spécialisée, maîtrise des approches recommandées, etc.).
- Les partenaires existants sur ces thèmes dans le cadre de la formation (Centres de ressources autisme, CREA, Universités, établissements et services spécialisés, lieux de stage privilégiés, etc.)

Ces documents, ainsi que la liste des établissements concernés, doivent être transmis par mail à l'adresse suivante : [cih.secr@sante.gouv.fr](mailto:cih.secr@sante.gouv.fr)

L'ensemble des documents transmis sera analysé par un groupe national ad hoc, issu du comité de suivi du 3<sup>ème</sup> plan autisme : professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, représentants d'associations de familles, services d'administration centrale, universitaires, centres de ressources autisme, OPCA.

Ce groupe travaillera à partir d'une grille d'analyse commune, consistant à identifier la cohérence ou les éventuels écarts entre le contenu pédagogique, l'état des connaissances (HAS, mars 2010) et les différentes recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

A partir de règles partagées au sein du groupe (confidentialité des informations échangées, absence de conflit d'intérêt, analyse de contenus pédagogiques d'écoles ne relevant pas de la région d'exercice professionnel de l'examinateur, etc.), le travail effectué au niveau national vous sera ensuite transmis, pour les écoles relevant de votre région.

Il devra, le cas échéant et en fonction de l'analyse du groupe national, enclencher un plan d'actions de la part de l'école pour faire évoluer les contenus pédagogiques.



La démarche sera accompagnée, au niveau national, de différents leviers d'aide à la révision des projets pédagogiques : mobilisation des têtes de réseau nationales (UNAFORIS, Croix-Rouge Française), des centres de ressources autisme, d'universités, etc. en capacité d'apporter une aide concrète à l'évolution des programmes, au choix des lieux de stage, et au maintien sur le long terme de la veille sur les connaissances validées scientifiquement.

Afin de faciliter la recherche des contenus pédagogiques concernés, l'annexe n°2 à la présente instruction indique, par diplôme, les domaines de compétences susceptibles d'intégrer une session sur l'autisme.

Je vous remercie de me faire part de toute éventuelle question ou difficulté que cette instruction appellerait de votre part.

Pour la ministre et par délégation,

Le directeur général de la cohésion sociale

*signé*

J.P. VINQUANT



**Annexe 2**  
**Les contenus pédagogiques à cibler**

Le tableau ci-dessous, sans être exhaustif, cible les domaines de compétence les plus susceptibles d'intégrer des sessions de formation sur l'autisme ou les troubles cognitifs

TEXTE	DIPLOMES	DOM. DE COMPce	COMPETENCE	DOMAINE DE FORMATION
<p style="text-align: center;">Circulaire du 11 décembre 2007 Arrêté du 20 juin 2007 Décret du 15 mai 2007 (articles D451-73 à D451-78 du CASF : voir l'article : D451-73, D451-74, D451-75, D451-76, D451-77, D451-78)</p>	AMP	DC1-3	<b>connaissance personne</b> : appréhender les incidences des pathologies, handicaps et dépendances dans la vie quotidienne des personnes	DF1
		DC4-1	<b>soutien médio-psychologique</b> : mettre en œuvre les aides adaptées aux différents âges de la vie et situations de handicap dans les dimensions physique, relationnelle, affective et cognitive	DF4-1
		DC6-1	<b>communication professionnelle et vie professionnelle</b> : connaître le projet institutionnel et situer son action dans ce projet	DF6
<p style="text-align: center;">ARRETE DU 26 JUILLET 2013 CIRCULAIRE DU 31 DECEMBRE 2008 ARRETE DU 29 JUIN 2004 DECRET DU 11 JUIN 2004 (ARTICLES D451-29 A D451-40 DU CASF : VOIR L'ARTICLE : D451-29, D451-30, D451-31, D451-38, D451-39, D451-40)</p>	DEME	DC1-2	<b>accompagnement social et éducatif spécialisé</b> - aidé à la construction de l'identité et au développement des capacités	DF1
		DC2	<b>participation à l'élaboration et à la conduite d'un projet éducatif spécialisé</b> : participer à la mise en œuvre d'un projet éducatif	DF2
<p style="text-align: center;">Arrêté du 26 juillet 2013 Circulaire du 11 décembre 2007 Arrêté du 20 juin 2007 Décret du 15 mai 2007 (articles D451-41 à D451-45 du CASF : voir l'article : D451-41, D451-42, D451-43, 51 44, D451 45)</p>	DEES	DC1	<b>accompagnement social et éducatif spécialisé</b> - favoriser la construction de l'identité et le développement des capacités	DC1
		DC2	<b>conception et conduite d'un projet éducatif spécialisé</b>	DF2
		DC4	<b>implications dans les dynamiques partenariales, institutionnelles et interinstitutionnelles</b>	DF4
<p style="text-align: center;">Arrêté du 26 juillet 2013 Circulaire du 18 janvier 2006 Arrêté du 16 novembre 2005 Décret du 3 novembre 2005 (articles D451-47 à D451-51 du CASF : voir l'article : D451-47, D451-48, D451-49, D451-50, D451-51)</p>	DEEJE	DC1	<b>accueil et accompagnement du jeune enfant et de sa famille</b>	DC1
		DC4	<b>dynamiques institutionnelles, interinstitutionnelles et partenariales</b>	DF4

## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 28 mars 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° 0080 du 4 avril 2017)**

NOR : AFSA1710400A

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 23 mars 2017 ;

Vu les notifications en date du 27 mars 2017,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – 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 sanitaire sociale et médico-sociale (UNIFED)

Avenant n° 3 du 15 juin 2016 relatif au champ d'application des accords de branche.

#### B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales

##### I. – UDAF de l'Allier (03000 Moulins)

Accord d'entreprise du 15 novembre 2016 relatif au droit d'expression des salariés.

##### II. – UDAPEI du Nord (59000 Lille)

1° Accord d'entreprise du 20 octobre 2016 relatif à l'indemnité kilométrique vélo.

2° Avenant du 16 décembre 2016 à l'accord du 20 octobre 2016 relatif à l'indemnité kilométrique vélo.

3° Avenant n° 5 du 16 décembre 2016 à l'accord d'entreprise du 19/12/2005 relatif à la prévoyance.

##### III. – UDAF du Bas-Rhin (67067 Strasbourg)

Accord d'entreprise du 17 novembre 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

##### IV. – SESAME AUTISME Rhône Alpes (69001 Lyon)

Accord d'entreprise du 24 novembre 2016 relatif au congé pour enfant malade.

##### V. – ORSAC (69002 Lyon)

Avenant n° 3 du 16 novembre 2016 à l'accord d'entreprise du 9 septembre 2013 relatif à la modification de la couverture complémentaire collective et obligatoire des frais de santé.

VI. – *Fondation du PARMELAN*  
(74000 Annecy)

Accord d'entreprise du 25 octobre 2016 relatif au compte épargne temps.

VII. – *LIGUE HAVRAISE pour l'aide aux personnes handicapées*  
(76600 Le Havre)

Accord d'entreprise du 15 décembre 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

VIII. – *Association de soutien à domicile (ASAD)*  
(81400 Blaye-les-Mines)

Accord d'entreprise du 29 septembre 2016 relatif à l'aménagement du temps de travail.

**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 15 mars 1966 - NEXEM*

Décision unilatérale du 15 novembre 2016 relative à la revalorisation de la valeur du point.

**B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales**

I. – *APAJH de l'Ardèche*  
(07100 Annonay)

Accord d'entreprise du 28 septembre 2016 relatif à l'amélioration des conditions d'embauche des orthophonistes et des kinésithérapeutes.

II. – *APAEI du Bocage Virois et de la Suisse Normande*  
(14504 Vire)

Accord d'entreprise du 22 novembre 2016 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

III. – *EHPAD Sainte-Anne*  
(61450 La Ferrière aux Etangs)

Accord d'entreprise du 24 novembre 2016 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

IV. – *Association LES JOURS HEUREUX*  
(75016 Paris)

Accord d'entreprise du 12 mai 2016 relatif à l'attribution d'une prime de présence aux salariés.

V. – *LIGUE HAVRAISE pour l'aide aux personnes handicapées*  
(76600 Le Havre)

Accord d'entreprise du 15 décembre 2016 relatif à la politique salariale et à la majoration d'ancienneté.

**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 28 mars 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<sup>er</sup> A) (I) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé protection sociale – solidarités n° 17/04, disponible sur le site internet du ministère en charge de la santé et des affaires sociales.

ANNEXE

AVENANT N° 3 A L'ACCORD N° 2005-03 DU 18 FÉVRIER 2005  
RELATIF AU CHAMP D'APPLICATION DES ACCORDS

PRÉAMBULE

À la suite de la modification de la nomenclature d'activités françaises en 2008, il est apparu nécessaire d'actualiser le champ d'application des accords de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif.

Article 1<sup>er</sup>

*Objet*

Le présent avenant révisé, en s'y substituant intégralement, à l'exception des articles 2-1 à 2-4 issus de l'avenant n° 2 du 20 mai 2009, les dispositions de l'accord n° 2005-03 du 18 février 2005, relatif au champ d'application des accords, modifié par ses avenants n° 1, du 23 juin 2005 et n° 2, du 20 mai 2009.

Article 2

*Champ d'application*

Il est convenu et arrêté les dispositions suivantes relatives au champ d'application des accords conclus par la branche sanitaire sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif.

Les accords s'appliquent ainsi à toutes les entreprises et à tous les salariés des entreprises, situées en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, à la Martinique, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin, et à Saint-Pierre-et-Miquelon, dont l'activité principale correspond à l'une de celles décrites ci-dessous.

Concernant les entreprises et les salariés des entreprises situées à Mayotte, dont l'activité principale correspond à l'une de celles décrites ci-dessous, les accords s'appliquent également à compter de la date d'entrée en vigueur dans la collectivité, des dispositions législatives permettant l'application des conventions et accords nationaux de travail.

Enseignement		
85.10Z	Enseignement pré-primaire	Enseignement préscolaire et élémentaire spécial pour enfants handicapés et inadaptés.
85.20Z	Enseignement primaire	
85.31Z	Enseignement secondaire général	Enseignement secondaire 1 <sup>er</sup> et second cycle spécial pour enfants handicapés et inadaptés.
85.32Z	Enseignement secondaire technique ou professionnel	Enseignement secondaire technique et professionnel pour jeunes handicapés et inadaptés.
85.41Z	Enseignement post-secondaire non supérieur	Enseignement post-secondaire non supérieur pour jeunes handicapés et inadaptés.
85.42Z	Enseignement supérieur	Établissements d'enseignement professionnel et supérieur chargés d'assurer les missions de formation professionnelle et/ou pluri-professionnelles initiale, supérieure ou continue et ou de contribuer à la recherche et à l'animation.
Autres activités d'enseignement		
85.59A	Formation continue d'adultes	Les formations concernées sont celles relevant du secteur sanitaire, social et médico-social et réglementées par le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social. Sont visés les IFSI : instituts de formation en soins infirmiers, les écoles et instituts de formation de personnels sanitaires et sociaux, les IRTS : instituts régionaux en travail social.
85.59B	Autres enseignements	
Activités hospitalières		
86.10Z	Activités hospitalières	Services d'hospitalisation de court, moyen ou long séjour. Services d'hospitalisation à domicile de jour, de nuit ou de semaine. Les activités de blocs opératoires mobiles. Les centres de lutte contre le cancer fonctionnant conformément aux articles L. 6162 et suivants du code de la santé publique.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

<b>Activité des médecins et des dentistes</b>		
86.21Z	Activité des médecins généralistes	Les consultations et les soins médicaux dispensés dans les établissements ou centres assurant les soins ambulatoires par les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les chirurgiens. Les activités de radiodiagnostic et radiothérapie. La médecine systématique et de dépistage (bilans de santé et analyses systématiques).
86.22A	Activités de radiodiagnostic et de radiothérapie	
86.22B	Activités chirurgicales	
86.22C	Autres activités des médecins spécialistes	
86.23Z	Pratique dentaire	Les activités de la pratique dentaire exercées en établissement ou dispensaire.
<b>Autres activités pour la santé humaine</b>		
86.90C	Centres de collecte et banques d'organes	Les activités des banques de sperme ou d'organes. Les lactariums. La collecte du sang ou d'autres organes humains.
86.90D	Activités des infirmiers et des sages-femmes	Les activités pour la santé humaine exercées dans les centres de soins ou dispensaires.
86.90E	Activités des professionnels de la rééducation, de l'appareillage et des pédicures-podologues	
86.90F	Activités de santé humaine non classées ailleurs	
<b>Hébergement médicalisé</b>		
87.10A	Hébergement médicalisé pour personnes âgées	
87.10B	Hébergement médicalisé pour enfants handicapés	
87.10C	Hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autre hébergement médicalisé	
<b>Hébergement social pour personnes handicapées mentales, malades mentales et toxicomanes</b>		
87.20A	Hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux	
87.20B	Hébergement social pour toxicomanes	
<b>Hébergement social pour personnes âgées ou handicapées physiques</b>		
87.30A	Hébergement social pour personnes âgées	
87.30B	Hébergement social pour handicapés physiques	
<b>Autres activités d'hébergement social</b>		
87.90A	Hébergement social pour enfants en difficultés	L'accueil, l'hébergement et la rééducation de mineurs protégés par suite d'une décision de justice ou socialement en difficultés. Les activités des établissements de protection judiciaire de la jeunesse, l'hébergement en famille d'accueil. Les activités des maisons maternelles.
87.90B	Hébergement social pour adultes et familles en difficultés et autre hébergement social	L'accueil, l'hébergement et l'accompagnement social de personnes ou de familles sans ressources et sans abri: errants, expulsés, réfugiés, sortants de prison, d'hôpital psychiatrique, d'établissements de désintoxication, etc.
<b>Action sociale sans hébergement pour personnes âgées et pour personnes handicapées</b>		
88.10B	Accueil ou accompagnement sans hébergement d'adultes handicapés ou de personnes âgées	
88.10C	Aide par le travail	Les activités des établissements et service d'aide par le travail (ESAT), les centres de rééducation professionnelle (CRP) et les entreprises adaptées. Les activités des centres de jour ou sections occupationnelles pour adultes handicapés.
<b>Autre action sociale sans hébergement</b>		
88.91B	Accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants handicapés	Les actions socio-éducatives en milieu ouvert à destination des enfants, adolescents, adultes et familles. Les activités de préparation et de suivi du reclassement des personnes handicapées.
88.99A	Autre accueil ou accompagnement sans hébergement d'enfants et d'adolescents	
88.99B	Action sociale sans hébergement n.c.a.	Les activités d'administration générale et de collecte des organismes d'action sociale ou caritative à compétence générale ou spécialisée.



<b>Activités des autres organisations associatives</b>		
94.99Z	Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire	Les activités des organisations associatives diverses créées autour d'une cause d'intérêt général ou d'un objectif particulier (non répertoriées ailleurs) et centrées sur l'information, la communication et la représentation dans les établissements de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif.
<b>Autres services personnels</b>		
96.04Z	Entretien corporel	Soins thermaux et de thalassothérapie.

A. – Il est précisé que sont inclus dans le champ :

1. Les sièges sociaux des entreprises lorsque leur activité concerne en grande partie la gestion des établissements ;
2. Les services centraux des entreprises lorsque leur activité concerne en grande partie les établissements.

B. – Il est précisé que sont exclus de ce champ :

1. Les établissements dont l'activité principale relève du champ de la branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services domicile, à l'exception :

- des SSIAD de la Croix-Rouge française ;
- des associations et organismes employeurs dont l'activité principale est le service de soins infirmiers à domicile adhérents à la FEHAP ;
- des organismes employeurs dont l'activité principale est le SESSAD, le SAMSAH ou le service mandataire à la protection juridique des majeurs et adhérents de l'une des organisations professionnelles d'employeurs membre de l'UNIFED.

2. Les organismes d'accueil de jeunes enfants de moins de 6 ans visés aux articles R. 2324-16 et suivants du code de la santé publique, ainsi que leurs fédérations et regroupements, centres de gestion et de ressources relevant de la Convention collective nationale du 4 juin 1983 (centres sociaux et socio-culturels).

3. Les entreprises qui appliquent la convention collective du 26 août 1965 des établissements de soins, de cure et de prévention pour enfants.

4. Les services de garde d'enfants à domicile assurés par des prestataires de services indépendants.

### Article 3

#### *Dispositions finales*

Les dispositions finales de l'accord n° 2005-03 modifié, restent celles prévues à l'avenant n° 2 du 20 mai 2009, à savoir :

- l'article 2-1. – Durée ;
  - l'article 2-2. – Révision ;
  - l'article 2-3. – Dénonciation ;
  - l'article 2-4. – Formalités de dépôt et de publicité ;
- dont la rédaction demeure inchangée.

En revanche, les articles 2-5, 2-6 et 2-7 de l'accord n° 2005-03 modifié par l'avenant n° 2 du 20 mai 2009 sont remplacés par ce qui suit :

L'article 2-5. – Agrément :

« Le présent accord et les avenants qui viendraient à être conclus, sont présentés à l'agrément dans les conditions fixées à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles. »

L'article 2-6. – Extension :

« Les parties conviennent qu'elles demanderont extension du présent accord et des avenants qui viendraient à le modifier en vue de les rendre accessibles à toutes les entreprises, établissements et services concernés par le champ d'application. »



L'article 2-7. – Date d'effet :

« Le présent avenant entrera en vigueur à la double condition de l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles et de son extension.

Il prendra effet au premier jour du mois civil qui suivra la publication au *Journal officiel* de l'arrêté le plus tardif, soit d'agrément, soit d'extension. »

Les partenaires sociaux considèrent, par souci de cohérence et d'unicité que la condition suspensive liée à l'agrément ministériel s'appliquera à toutes les entreprises et établissements de la branche indépendamment du secteur d'activité concerné, social, médico-social ou sanitaire.

Il n'apparaît, en effet, pas envisageable aux partenaires sociaux de permettre que l'accord puisse s'appliquer dans les différentes entreprises et établissements relevant de la même branche de manière différée ou décalée dans le temps voire ne s'appliquer que dans certaines entreprises ou dans certains établissements en cas de refus définitif d'agrément.

Fait le 15 juin 2016.

UNIFED

Madame Martine SIGWALD,

Présidente

*Signé*

Les organisations syndicales de salariés :

CFDT

Fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux

*Non signataire*

CGT

Fédération de la santé et de l'action sociale

*Signé*

CFTC santé et sociaux

*Non signataire*

CFE-CGC

Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale

*Non signataire*

Force ouvrière-action sociale

*Signé*

Force ouvrière-santé privée

*Signé*

SUD santé sociaux

*Non signataire*

## SOLIDARITÉS

### ACTION SOCIALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction de l'autonomie des personnes  
handicapées et des personnes âgées

Bureau de la prévention de la perte d'autonomie  
et du parcours de vie des personnes âgées

CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ  
POUR L'AUTONOMIE

*Direction des affaires financières*

#### **Instruction n° DGCS/3A/CNSA/2017/103 du 21 mars 2017 relative aux modalités de répartition de la dotation prévue au X de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 destinée à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile**

NOR : AFSA1709609J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 17 mars 2017. – Visa CNP 2017-32.

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

*Résumé* : règles de répartition des crédits de la dotation destinée à la restructuration des services d'aide à domicile (SAAD) au titre de 2017 et délégation de la première tranche de crédits de 5 M€.

*Mots clés* : aide exceptionnelle à la restructuration – aide à domicile – autorisés.

*Référence* :

Articles L. 313-11-1 et L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Article 34 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 ;

Arrêté du 23 décembre 2016 modifié.

*Annexes* :

Annexe 1. – Répartition entre ARS des dotations du premier volet de 5 M€.

Annexe 2. – Liste des départements dans le ressort desquels les SAAD sont éligibles à ce premier volet.

Annexe 3. – Outil d'autodiagnostic.

Annexe 4. – Liste des services bénéficiaires d'une aide « aide à la restructuration » au titre de 2017.

Annexe 5. – Bilan de signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Annexe 6. – Bilan de mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Annexe 7. – Éléments des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Annexe 8. – Éléments constitutifs du dossier de demande d'aide.

*Le directeur général de la cohésion sociale, le secrétaire général des ministères sociaux et la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (pour diffusion).*

Afin d'accompagner les SAAD et les conseils départementaux (CD) dans une démarche d'amélioration des pratiques et de soutenir la restructuration de ce secteur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu dans son article 34-X la mise en place d'un fonds exceptionnel d'appui aux bonnes pratiques et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagne-

ment à domicile qui accompagnent les publics fragiles (personnes âgées, personnes handicapées et familles fragiles). Ce fonds est doté d'un montant de 50 M€, dont le financement est assuré par les crédits de la section IV du budget de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Un arrêté du 23 décembre 2016, modifié par un arrêté en date du 17 mars 2017, précise les conditions d'éligibilité à ce fonds, structuré en deux parts complémentaires :

- la première part vise à soutenir la définition d'une stratégie territoriale dans le champ de l'aide à domicile et de ses modalités de pilotage, le développement des bonnes pratiques conjointes entre conseils départementaux et SAAD et à appuyer le cas échéant des opérations de restructuration, donnant lieu à un conventionnement entre la CNSA et les conseils départementaux. 67 départements ont déposé une demande au 20 janvier 2017. Ces demandes sont en cours d'instruction par la CNSA ;
- la deuxième part a pour objet d'appuyer la restructuration du secteur pour les SAAD du ressort de départements n'ayant pas candidaté à la première part ou n'ayant pas été retenu à ce titre. Les fonds correspondant à cette part sont délégués aux agences régionales de santé (ARS). L'arrêté du 23 décembre modifié précité permet de lancer les opérations de répartition de cette aide à la restructuration des services sans attendre l'issue de l'examen des demandes des conseils départementaux par la CNSA.

La présente instruction vise donc à préciser les modalités de répartition et d'emploi de cette deuxième part, d'un montant global de 6 M€, composé d'un premier volet de 5 M€ et d'un second volet de 1 M€ auxquels pourra s'ajouter le montant des crédits restant le cas échéant, après la signature des conventions entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les conseils départementaux ou, le cas échéant, les métropoles.

Cette aide s'inscrit dans le droit fil de celles apportées au secteur en 2012, 2013, 2014 et 2016, avec un objectif de consolidation de leurs apports. Elle sera répartie en deux fois :

1. Un premier volet de 5 M€ notifié au titre de la présente instruction par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé pour les SAAD dans le ressort d'un conseil départemental ou d'une métropole qui n'a pas déposé une demande d'aide avant le 20 janvier 2017 auprès de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (cf. annexe 2 listant les départements concernés) ;

2. Un second volet, versé au plus tard le 1<sup>er</sup> octobre 2017, à hauteur de 1 million d'euros auxquels s'ajoutera le montant des crédits restant le cas échéant, après la signature des conventions entre la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les conseils départementaux, à répartir entre les SAAD du 1) ci-dessus et/ou ceux situés dans un département qui a déposé une demande de conventionnement auprès de la CNSA sans l'obtenir ou sans avoir signé la convention avec la CNSA avant le 31 juillet 2017.

## I. – ÉLÉMENTS DE BILAN DES FONDS DE RESTRUCTURATION DE 2012 À 2016

Selon les éléments de bilan recueillis auprès de vos services, l'aide a permis d'accompagner de nombreux services : 2 040 SAAD ont perçu au moins une aide au cours des 4 dernières années, dont 451 en 2016. Ce bilan atteste que les difficultés économiques subies par le secteur de l'aide à domicile sont sérieuses. Le taux d'inéligibilité à l'aide a en effet été relativement bas. En moyenne, 56 % des montants initialement demandés par les services ont été couverts par l'aide 2016, contre 58 % en 2014, sachant que le fonds 2016 était de 25 M€ contre 30 M€ en 2014.

La synthèse des objectifs des conventions de retour à l'équilibre montre également le besoin d'accompagnement des structures :

- pour une efficacité accrue de leur organisation (les conventions prévoient très souvent des engagements de réduction des frais de structure, l'optimisation du temps de travail grâce à des outils tels que la télégestion) ;
- pour promouvoir une offre de qualité (par exemple, augmentation de la qualification des personnels), plus diversifiée.

Compte-tenu de ce bilan, vous veillerez à cibler l'aide sur les services en capacité de se restructurer et de se moderniser durablement afin de rendre une qualité de service accrue. Il s'agit ainsi d'éviter le saupoudrage de cette aide et de la rendre efficace. Ce nouvel abondement doit venir, en priorité, en appui de services n'ayant pu bénéficier de l'aide en 2016, voire en 2014 ou pour lesquels, de manière dûment argumentée, un appui supplémentaire est estimé nécessaire.

## II. – MODALITÉS D'INSTRUCTION DES DEMANDES POUR LE FONDS 2017

Compte-tenu de la répartition des crédits en deux volets correspondant à des SAAD relevant pour partie de territoires différents, vous veillerez à lancer en deux fois les opérations. Dès la diffusion de cette instruction vous informerez les SAAD du ressort des départements mentionnés sur l'annexe 2 de la possibilité de candidater à cette aide. Il vous appartient ainsi d'assurer la publicité de ce nouveau volet de restructuration du fonds et de vous appuyer à cet égard sur les départements et les unités territoriales DIRECCTE qui ont respectivement accès aux systèmes d'information FINESS et NOVA recensant les services d'aide à domicile. Une nouvelle instruction interviendra au début du deuxième semestre 2017 pour préciser les modalités d'accès au deuxième volet de l'aide.

Les modalités d'instruction et de sélection des demandes et de versement de l'aide, prévues par la circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/CNSA/DB/2013/70 du 26 février 2013 relative aux modalités d'attribution de l'aide complémentaire exceptionnelle à la restructuration des services d'aide à domicile autorisés et agréés (jointe en annexe) sont reconduites pour la mise en œuvre de la dotation au titre de 2017 destinée à la restructuration des SAAD. Vous mènerez donc la procédure d'examen des dossiers conformément à cette instruction et à ses paragraphes 2, 2.1, 2.1.2, 2.2, 2.2.1 et 2.2.2, sous réserve des dispositions précisées ci-après s'agissant du calendrier de dépôt des demandes d'aide, de l'appréciation des années de référence des pièces constitutives du dossier figurant en annexe 8 ainsi que de la sollicitation des services de l'État. J'attire en outre votre attention sur le fait que les SAAD devront conclure avec le conseil départemental et l'ARS un CPOM pour le bénéfice de cette aide et non plus un contrat de retour à l'équilibre comme jusqu'à présent.

Les conseils départementaux, pilote de l'offre d'aide à domicile sur leur territoire et cosignataires des CPOM précités doivent être pleinement associés à l'instruction individuelle des dossiers de demande d'aide déposés par les SAAD. Cette instruction sera donc faite conjointement avec le conseil départemental du ressort territorial du service.

La commission de coordination des politiques publiques (CCPP) donnera ensuite un avis sur le montant de l'aide attribuée à chaque service et sur les plans de retour à l'équilibre transmis. Parce qu'ils doivent être directement associés à la décision afin de contractualiser sur les objectifs, les modalités d'accompagnement auprès des personnes et les aides obtenues dans le cadre de ce diagnostic financier, vous échangerez avec les services demandeurs d'une aide avant la délibération de la commission d'évaluation des politiques publiques.

### 1. Services concernés et critères d'éligibilité à l'aide

Les SAAD sollicitant l'aide doivent répondre aux conditions fixées à l'article 4-II de l'arrêté du 23 décembre 2016 :

- exister depuis au moins le 1<sup>er</sup> janvier 2013 ou résulter du regroupement de services d'aide à domicile préexistant à cette date ;
- ne pas être en situation de liquidation judiciaire ;
- être à jour de ses obligations déclaratives fiscales et sociales ou être engagé dans un processus de régularisation de ses paiements ;
- assurer des prestations auprès des publics visés aux 1<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles représentant au moins 70 % du volume d'heures réalisé par le service ;
- avoir un résultat et/ou les fonds propres négatifs en 2015 ou 2016.

L'outil d'autodiagnostic de la situation économique et financière des structures, proposé dans le cadre de l'instruction du fonds de restructuration 2013 (*cf* annexe 3), peut être utilisé en l'état sans modification pour ce nouveau fonds. Les services devront sélectionner dans l'onglet « présentation de la structure » en face de la ligne « dernier exercice comptable clôturé année 2016 » le cas échéant, sinon 2015. Les intitulés des années dans les onglets suivants seront automatiquement modifiés.

Je vous rappelle que les services d'aide à domicile relevant de CCAS ou CIAS sont éligibles au fonds de restructuration. Ayant l'obligation de présenter des budgets à l'équilibre vous veillerez à apprécier les critères financiers avant le versement de dotations exceptionnelles, indépendantes des recettes issues de l'activité du service. Ainsi, ce sont les difficultés structurelles liées à l'activité du service qui ont induit un report à nouveau négatif qui sont prises en compte.

### 2. Date limite de dépôt des dossiers

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile demandeurs d'une aide au titre du premier volet doivent constituer un dossier qui sera adressé à vos services au plus tard le 29 juin 2017. Ceux

demandeurs au titre du deuxième volet, dans le ressort de départements dont la liste vous sera communiquée à l'issue des opérations de conventionnement de la CNSA avec les départements, soit après le 31 juillet 2017, pourront déposer leur demande jusqu'au 29 novembre 2017.

### 3. Modalités de contractualisation

À l'instar de la procédure prévue dans le cadre des précédents fonds, les enveloppes régionales réparties par la CNSA entre les ARS conduiront à la signature de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (éléments en annexe 7) avec les services d'aide à domicile.

Les SAAD sont l'un des intervenants fondamentaux auprès des personnes âgées ou des personnes handicapées, et jouent à ce titre un rôle important en matière de prévention, comme de coordination des interventions auprès de ces personnes. Vous veillerez donc à ce que les SAAD précisent leurs modalités de travail en partenariat avec les autres acteurs de la prise en charge ou de l'accompagnement de ces publics (SSIAD en premier lieu, accueil temporaire, acteurs de santé, notamment libéraux...). Ces objectifs doivent trouver leur place au sein des CPOM.

Vous poursuivrez ainsi au moyen de cette nouvelle aide et dans le respect des partenariats déjà engagés sur la base des schémas départementaux des personnes âgées et des personnes handicapées, ainsi que du schéma régional d'organisation médico-social, la promotion d'une offre d'accompagnement à domicile cohérente, coordonnée et adaptée aux besoins de populations fragiles et souvent atteintes de polyopathologies.

Cette aide doit se traduire par de véritables contreparties. En effet, au-delà du plan de retour à l'équilibre, il est demandé aux opérateurs, une fois la situation de crise surmontée, de s'inscrire dans un contrat d'amélioration de leurs prestations et d'actions contribuant notamment à la mise en œuvre de « parcours » répondant aux besoins des publics qu'ils accompagnent.

Les services bénéficiaires de l'aide pourront librement inscrire cette subvention en recettes exceptionnelles au compte 7715 – Contribution exceptionnelle et temporaire - ou de l'imputer, selon qu'ils souhaitent mettre l'accent sur leur fonds de roulement ou sur la couverture de leurs dépenses d'exploitation, en réserve de compensation (10686) ou en réserve de trésorerie (10685 - excédents affectés à la couverture du besoin en fonds de roulement). Cette aide n'a pas vocation à se substituer aux recettes issues de la tarification, elle n'est pas imputable au compte 73 – dotations et produits de tarification - et ne peut faire l'objet ni d'une reprise d'excédent, ni de la réduction du financement du déficit dans le cadre de la procédure budgétaire contradictoire.

### 4. Suivi et évaluation des effets de la dotation au titre de 2017

Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont responsables de la répartition des crédits entre les services ayant déposé un dossier complet de demande d'aide dans le calendrier mentionné au III - 2. La répartition par la CNSA des enveloppes régionales limitatives est présentée en annexe 1.

Sur la base de l'ensemble des phases d'instruction précitées, vous recenserez le nombre de dossiers reçus et le montant de l'aide sollicitée et, parmi ceux-ci, le nombre de dossiers éligibles. Vous transmettez la liste des services que vous aurez retenus pour une aide dans le cadre du premier volet (tableau joint en annexe 4) au plus tard le 15 octobre 2017.

Le suivi du fonds au titre de 2017 est assuré par les fichiers joints en annexe 5 et 6 selon les modalités suivantes :

- le tableau de bilan de signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (annexe 5) devra être adressé au plus tard le 1<sup>er</sup> avril 2018 à la DGCS - DGCS-FONDSSAAD@social.gouv.fr ;
- le tableau de bilan de la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (annexe 6) doit être transmis à la DGCS - DGCS-FONDSSAAD@social.gouv.fr au plus tard le 30 juin 2019.

Vous voudrez bien alerter les services de toute difficulté particulière concernant la mise en œuvre de cette instruction.

*Le directeur général  
de la cohésion sociale,*  
J-P. VINQUANT

*La directrice de la Caisse nationale  
de solidarité pour l'autonomie,*  
G. GUEYDAN

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

ANNEXE 1

RÉPARTITION ENTRE ARS DES DOTATIONS DU PREMIER VOLET DE 5 M€

	EN EUROS
Nouvelle-Aquitaine	254 451
Auvergne - Rhône-Alpes	660 453
Bourgogne - Franche-Comté	148 220
Bretagne	248 129
Centre - Val de Loire	371 884
Corse	64 422
Grand Est	543 663
Hauts-de-France	750 329
Île-de-France	494 383
Normandie	307 550
Occitanie	433 440
Pays de la Loire	98 218
PACA	99 848
Guadeloupe	137 909
Martinique	139 706
Guyane	22 118
Océan Indien	225 277
<b>Total</b>	<b>5 000 000</b>

ANNEXE 2

LISTE DES DÉPARTEMENTS DANS LE RESSORT DESQUELS LES SAAD SONT ÉLIGIBLES  
À CE PREMIER VOLET

RÉGIONS	DÉPARTEMENTS
Nouvelle-Aquitaine	87 HAUTE-VIENNE 19 CORRÈZE
Auvergne-Rhône-Alpes	26 DRÔME 42 LOIRE 43 HAUTE-LOIRE 63 PUY-DE-DÔME
Bourgogne-Franche-Comté	39 JURA 70 HAUTE-SAÔNE
Bretagne	56 MORBIHAN
Centre-Val de Loire	28 EURE-ET-LOIR 36 INDRE 45 LOIRET
Corse	20b HAUTE-CORSE
Grand Est	52 HAUTE-MARNE 55 MEUSE 57 MOSELLE 68 HAUT-RHIN
Hauts-de-France	9 NORD 80 SOMME
Île-de-France	78 YVELINES 92 HAUTS-DE-SEINE 93 SEINE-SAINT-DENIS 95 VAL-D'OISE
Normandie	14 CALVADOS 61 ORNE
Occitanie	09 ARIÈGE 11 AUDE 30 GARD
Pays de la Loire	53 MAYENNE
PACA	04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE 05 HAUTES-ALPES
Guadeloupe	971 GUADELOUPE 977 SAINT-BARTHÉLEMY 978 SAINT-MARTIN
972 Martinique	
973 Guyane	
Océan Indien	974 LA RÉUNION 976 MAYOTTE



## ANNEXE 3



### Présentation de l'outil de diagnostic

#### Objectif de l'outil

L'outil vise à donner une première lecture synthétique de la situation économique et financière d'une structure d'aide à domicile, de mesurer le degré réel et l'origine de ses difficultés et de formaliser les actions correctives à mettre en œuvre.

#### Mode d'emploi

Cet autodiagnostic est à remplir par le dirigeant de la structure, qui devra se munir de ses trois derniers bilans et comptes de résultat détaillés, du budget prévisionnel de l'année en cours, de sa DADS et de tout tableau de bord et/ou de gestion du personnel et des clients.

Il se compose de 3 parties :

>> la saisie d'informations sur la structure : données administratives et d'ordre général permettant de décrire sa situation actuelle.

>> la saisie de données chiffrées sur les comptes passés et les budgets prévisionnels.

>> un diagnostic de la situation avec des calculs de ratios d'analyse et des graphiques permettant de représenter les résultats.

**Pour une aide à la saisie, des commentaires de cellules indiquent précisément les informations attendues.**

**Code de présentation pour la saisie des données :**

	La saisie s'effectue dans les cellules beiges.
	La saisie est facultative dans les cellules de couleur plus claire.
	Les cellules vides dans les tableaux font l'objet de calculs automatiques (pas de saisi possible).
	Motif indiquant les pages qui ne sont pas à renseigner (ni saisi possible, ni formule).

#### Cadre d'utilisation de l'outil

>>>> **Au préalable**, veuillez cocher la case correspondante :

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Vous utilisez l'outil dans le cadre d'un dialogue avec vos partenaires financiers |
| <input type="checkbox"/>            | Vous utilisez l'outil dans le cadre d'une démarche d'accompagnement approfondi    |

#### Sommaire

- A Présentation structure
- B Comptes passés & en cours
- C Répartition effectifs
- D Synthèse éco&fi



### Détails techniques

**Attention ! Afin que les formules et macros fonctionnent correctement, il peut être nécessaire d'effectuer les procédures suivantes**

:

=> laissez les macros s'exécuter : dans le menu Outils, Options, Sécurité, régler le niveau de sécurité sur Moyen

=> Pour Excel 2007 il faut :

- cliquer sur la 1er bouton rond en haut à gauche appelé Bouton Microsoft Office
- Dans la fenêtre cliquer en bas sur le bouton Options Excel
- puis dans la nouvelle fenêtre, sur Centre de gestion de la confidentialité
- puis sur le bouton Paramètres du Centre de gestion de la confidentialité
- Sélectionner à gauche la ligne Paramètres des macros
- Cocher "désactiver toutes les macros avec notification"

=> Pour Excel 2010, il faut :

- 1 cliquer sur Fichier
- 2 dans le menu à gauche, cliquer sur options
- 3 puis dans la nouvelle fenêtre, sur Centre de gestion de la confidentialité
- 4 puis sur le bouton Paramètres du Centre de gestion de la confidentialité
- 5 Sélectionner à gauche la ligne Paramètres des macros
- 6 Cocher "désactiver toutes les macros avec notification"

Il est possible de déclarer un dossier comme emplacement approuvé pour éviter de confirmer l'autorisation :

- reprendre les étapes 1 à 4 et à l'étape
- 5 sélectionner Emplacement approuvés
- 6 cliquer sur le bouton Ajouter un emplacement approuvé
- 7 sélectionner le dossier à ajouter



## Présentation de la structure

### Données générales

Nom de la structure	
Année de création	
Forme juridique	Association
Cadre contractuel des services	
Département	
Ville	
Adhérent réseau	

### Informations système comptable

Dernier exercice comptable clôturé	2016
Date dernière balance comptable intermédiaire	août-13
Nbre de mois couverts par la balance intermédiaire	8 mois
Mode de saisie des données (€ ou K€)	
Régime fiscal	
Si la structure est fiscalisée, taux de TVA :	

### Activités

	Activités menées en 2016	Volume horaire	Part dans l'activité
1-			
2-			
3-			
4-			
5-			
6-			
7-			
8-			

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES



**Bilans passés**

	2014	2015	2016		2014	2015	2016
<b>ACTIF</b>				<b>PASSIF</b>			
Immobilisations brutes				Fonds associatifs et réserves			
Amortissements				Résultats antérieurs et de l'exercice			
<b>Total Actif immobilisé</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Total Fonds propres</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Stocks et encours				<b>Provis° &amp; Résultats ss contrôle de 1/3</b>			
Créances				Dettes > à un an			
Disponibilités et VMP (1)				Dettes < à un an (2)			
Charges constatées d'avance				<i>dont dettes sociales et fiscales</i>			
<b>Total Actif circulant</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Total Dettes et provisions</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total Actif</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Total Passif</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
(1) dont cessions de créances				(2) dont concours bancaires courant (découvert)	0	0	0
				Vérification	0	0	0
					ok	ok	ok

**Comptes de résultats passés**

	2014	2015	2016		2014	2015	2016
<b>CHARGES</b>				<b>PRODUITS</b>			
Achats et charges variables				Facturation 1/3 payeurs (CG, CAF...)			
Autres achats et charges externes				Participation des usagers			
Impôts et taxes				Subventions d'exploitation			
Salaires				Transfert de charges et reprises/provis°			
<i>dont intervenants à domicile</i>				<i>dont aides à l'emploi</i>			
Charges sociales				<i>dont reprises sur provisions</i>			
<i>dont intervenants à domicile</i>				<i>dont reprise de résultat ss contrôle de 1/3</i>			
Dotations aux amortissements				Adhésions			
Autres charges d'exploitation				Autres produits d'exploitation			
<b>Total Charges d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Total Produits d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Charges financières				<b>Produits financiers</b>			
Charges exceptionnelles				<b>Produits exceptionnels</b>			
Autres (engagements à réaliser, IS...)				Autres (report des ressources)			
<b>Contributions volontaires en nature</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Contributions volontaires en nature</b>			
<i>dont mise à disposition de personnel</i>	0	0	0	<i>dont mise à disposition de personnel</i>			
<i>dont mise à disposition de locaux</i>	0	0	0	<i>dont mise à disposition de locaux</i>			
<b>Total Charges</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>Total Produits</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				
<b>Résultat Net</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>				

**Activité de l'année en cours**

	Budget Prév. initial	Balance intern. août-13	Extrapolat° 12 mois	Variations attendues	Budget Prév. actualisé	Ecart prévisions
<b>Prévisionnel 2017</b>						
Facturation 1/3 payeurs (CG, CAF...)			0		0	0
Participation des usagers			0		0	0
Subventions d'exploitation			0		0	0
Transfert de charges et reprises/provis°			0		0	0
<i>dont aides à l'emploi</i>			0		0	0
<i>dont reprises sur provisions</i>			0		0	0
<i>dont reprise de résultat ss contrôle de 1/3</i>			0		0	0
Adhésions			0		0	0
Autres produits d'exploitation			0		0	0
<b>Total Produits d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Produits financiers			0		0	0
Produits exceptionnels			0		0	0
<i>dont aide Fonds de Restructuration</i>			0		0	0
Autres (report des ressources)			0		0	0
<b>Total Produits</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Achats et charges variables			0		0	0
Autres achats et charges externes			0		0	0
Impôts et taxes			0		0	0
Salaires			0		0	0
<i>dont intervenants à domicile</i>			0		0	0
Charges sociales			0		0	0
<i>dont intervenants à domicile</i>			0		0	0
Dotations aux amortissements réalisés			0		0	0
Autres charges d'exploitation			0		0	0
<b>Total Charges d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Charges financières			0		0	0
Charges exceptionnelles			0		0	0
Autres (engagements à réaliser, IS...)			0		0	0
<b>Total Charges</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Résultat Net</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Contributions volontaires en nature</b>					0	0
<i>dont mise à disposition de personnel</i>					0	0
<i>dont mise à disposition de locaux</i>					0	0

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES



Répartition des effectifs

2016	Nbre de salariés	Effectif en ETP							Total ETP	Nombre d'heures rémunérées			Répartit° des effectifs
		Catégorie A	B	C	D	E	F à I	Interv. à domicile		Encad. directs	Total		
Administratifs (direction, secrétariat...)								0					
Services d'aide à domicile - PA/PH - Prestataire								0			0	0%	
Services d'aide à domicile - Familles - Prestataire								0			0	0%	
Services d'aide à domicile - Mandataire								0			0	0%	
Services à la personne - Prestations de confort								0			0	0%	
Soins à domicile - SSIAD								0			0	0%	
Soins à domicile - CSI								0			0	0%	
Autre								0			0	0%	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	

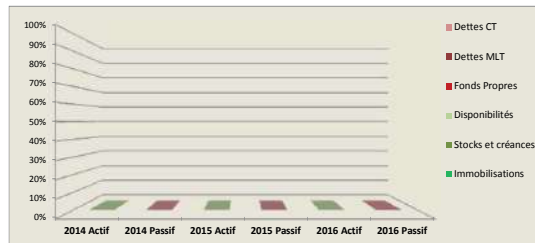
Prév. 2017	Nbre de salariés	Effectif en ETP							Total ETP	Nombre d'heures rémunérées			Répartit° des effectifs
		Catégorie A	B	C	D	E	F à I	Interv. à domicile		Encad. directs	Total		
Administratifs (direction, secrétariat...)								0					
Services d'aide à domicile - PA/PH - Prestataire								0			0	0%	
Services d'aide à domicile - Familles - Prestataire								0			0	0%	
Services d'aide à domicile - Mandataire								0			0	0%	
Services à la personne - Prestations de confort								0			0	0%	
Soins à domicile - SSIAD								0			0	0%	
Soins à domicile - CSI								0			0	0%	
Autre								0			0	0%	
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	



Analyse des comptes passés et prévisionnels

Analyse financière

Evolution de la structure du bilan



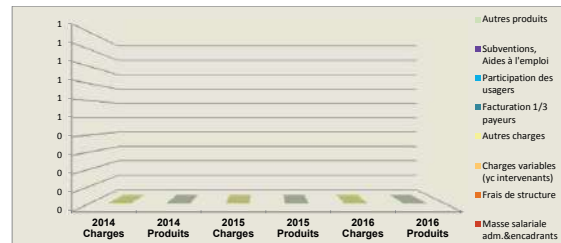
Indicateurs financiers

	2014	2015	2016
Fonds Propres	0	0	0
Fond de Roulement	0	0	0
Besoin en Fond de Roulement	0	0	0
Trésorerie Nette	0	0	0
Couverture des charges courantes			
Tx de couverture des dettes CT			

Vérification Trésorerie      ok      ok      ok

Analyse économique

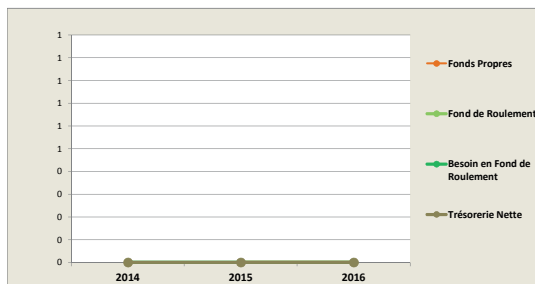
Evolution de la composition des charges et produits



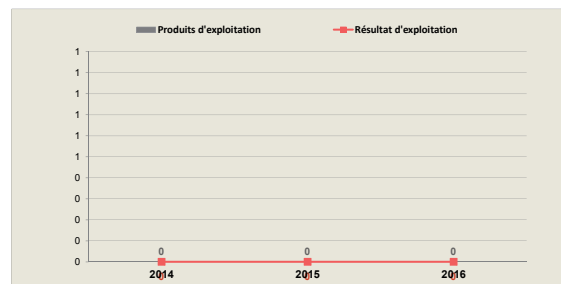
Indicateurs économiques

	2014	2015	2016
Résultat d'exploitation	0	0	0
Résultat Net	0	0	0
Taux de rentabilité nette			
Taux de Marge sur coûts variables	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Seuil de rentabilité	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Evolution du cycle d'exploitation



Evolution du résultat et des produits d'exploitation



Seuils de vigilance

	2014	2015	2016
Fonds Propres			
Fond de Roulement	Ok	Ok	Ok
Evolution du Fond de Roulement			
Besoin en Fonds de Roulement	Ok	Ok	Ok
Trésorerie Nette	Ok	Ok	Ok

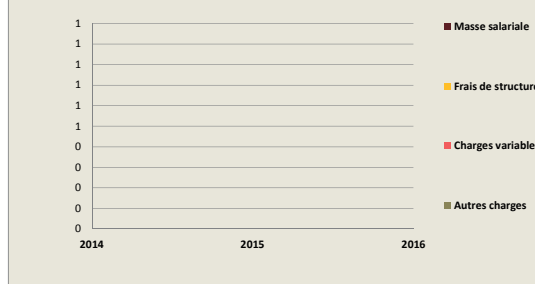
Alerte(s) financière(s)      -      -      -

	2014	2015	2016
Evolution des produits d'exploitation		Ok	Ok
Résultat d'exploitation	Ok	Ok	Ok
Résultat Net	Alerte	Ok	Ok

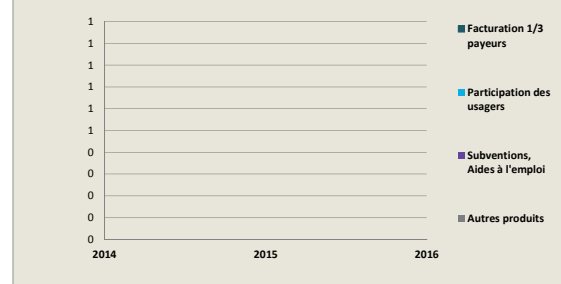
	2014	2015	2016
Alerte(s) économique(s)	1 Alertes	-	-

Evolution de la composition des charges et produits - années passées & prévisionnelles

Composition des charges \*



Composition des produits \*



\* Masse salariale : personnel d'encadrement et administratif  
Frais de structures : achats et charges externes + impôts et taxes + dotation aux am. + autres charges d'exploitation  
Charges variables : achats et charges variables + masse salariale des intervenants à domicile  
Autres charges : charges hors exploitation (financières, exceptionnelles...)

\* Autre produits : transfert de charges et reprises/provis\* + adhésions + autre produits d'exploitation + autre produits hors exploitation (financiers, exceptionnels...)



ANNEXE 5

BILAN DE SIGNATURE DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

<b>Modalités de remplissage de la feuille de calcul jointe</b>	
Explications générales	
<p><b>Le présent fichier doit vous permettre de remplir les bilans des services aidés et d'avoir un suivi de remplir les bilans des services aidés d'avoir un suivi des indicateurs de retour à l'équilibre</b></p>	
<p><b>En outre, ce fichier doit servir de suivi national de consommation des crédits. Il est donc important de le remplir très précisément.</b>                  Il représente un bilan que vous devez transmettre à l'adresse suivante :  <a href="mailto:DGCS-FONDSAAD@social.gouv.fr">DGCS-FONDSAAD@social.gouv.fr</a></p>	
<b>Modalités de remplissage en fonction des codes couleurs</b>	
Cellules blanches	Remplir avec des nombres entiers (ou commentaires libres)
Cellules oranges	Choisir dans le menu déroulant l'option retenue
Cellules vertes	<b>Ne pas toucher</b> : calcul automatique des indicateurs de suivi nationaux
Cellules jaunes	<b>Ne pas toucher</b> : calcul automatique
<b>Norm de la feuille concernée</b>	<b>Les éléments demandés dans la feuille</b>
<b>Feuille F1 - bilan signature fonds 2017</b>	<p>Cette feuille permet d'avoir une synthèse d'informations sur les signatures et objectifs 2017. Par souci de simplicité, il est conseillé de remplir le document en même temps que l'instruction est faite pour pouvoir détenir les éléments au fur et à mesure que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront signés.</p>
<b>Où trouver les éléments demander ?</b>	
<p><b>Attention, les informations pour ce fichier sont demandées par région.</b> Les éléments se trouvent dans les documents envoyés par les services pour élarger au fonds et dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.</p>	
<b>Date limite de retour</b>	
01-avr-18	

**FONDS D'APPLI AUX BONNES PRATIQUES DE L'AIDE A DOMICILE 2017 - VOLET AIDE A LA RESTRUCTURATION : Point d'étape sur les signatures**

**ENQUETE QUALITATIVE AUPRES DES ARS (à remplir au plus tard pour le 1er avril 2018).**

*Personnes chargées de l'enquête : DGCS-FONDSSAAD@social.gouv.fr  
DGCS :*

Région	Départements	Données globales										Nature juridique des services aidés					
		Montant de l'aide initiale demandée par les services déclarés éligibles	Montant de l'aide initiale demandée par les services aidés	Nombre de services ayant sollicité une aide	Nombre de services déclarés éligibles	Nombre de services aidés	Nombre de services bénéficiaires du fonds en 2015	Nombre de services aidés et ayant déjà bénéficié du fonds en 2014 et 2015	Nombre de services aidés et ayant déjà bénéficié du fonds en 2014	Associations	Entreprises	CCAS/CIAS	Autre				
		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Indicateurs d'activité (uniquement sur activité publiques fragiles)	Nombre de conventions signées par		Modalités de travail pour répartir l'enveloppe		Nombre de conventions intégrant les moyens suivants de retour à l'équilibre										Commentaires		
	le Conseil départemental	Organismes de sécurité sociale	Pour répartir l'enveloppe vous avez plutôt privilégié la stratégie suivante :	Modalités de réalisation du diagnostic au sein de votre ARS	engagement de réduction des frais de structure	optimisation du temps de travail	dérogation	augmentation du taux de qualification regard du public accompagné	diminution du taux de qualification en regard du public accompagné	réduction de la masse salariale du personnel d'intervention	Mise en œuvre d'une GPEC	diversification de l'activité	Augmentation du volume d'activité en regard des charges existantes	une tarification plus avantageuse		des financements exceptionnels (subventions)	Autre (préciser en observation)
volume d'activité en 2015 des services aidés éligibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'ETP en 2015 des services aidés éligibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'ETP en 2015 des services aidés éligibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nombre d'ETP en 2015 des services aidés éligibles	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



ANNEXE 6

BILAN DE MISE EN ŒUVRE DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

**Modalités de remplissage de la feuille de calcul jointe**

Explications générales

**Le présent fichier doit vous permettre :**

de remplir les bilans des services aidés

d'avoir un suivi des indicateurs de retour à l'équilibre

**En outre, ce fichier doit servir de suivi national de consommation des crédits. Il est donc important de le remplir très précisément.**

Il représente un bilan que vous devrez transmettre à l'adresse suivante :

[DGCS-FONDSSAAD@social.gouv.fr](mailto:DGCS-FONDSSAAD@social.gouv.fr)

Modalités de remplissage en fonction des codes couleurs	
<b>Cellules blanches</b>	Remplir avec des nombres entiers (ou commentaires libres)
<b>Cellules oranges</b>	choisir dans le menu déroulant l'option retenue
<b>Cellules vertes</b>	<b>Ne pas toucher</b> : calcul automatique des indicateurs de suivi nationaux
<b>Cellules jaunes</b>	<b>Ne pas toucher</b> : calcul automatique

Nom de la feuille concernée	Les éléments demandés dans la feuille	Où trouver les éléments demander ?	Date limite de retour
<b>Feuille F1 - bilan CPOM fonds 2017</b>	Cette feuille concerne le <b>bilan final des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens</b>	Les éléments se trouvent : - dans les comptes remis par les services lors du bilan conventionnel - dans les éléments de suivi des objectifs remis par le SAAD lors du bilan de convention	30-juin-19

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DES FAMILLES, DE L'ENFANCE ET DES DROITS DES FEMMES

Niveau de détail		Niveau de description		Niveau de mesure		Niveau de suivi		Niveau de reporting		Niveau de planification		Niveau de mise en œuvre		Niveau de suivi-évaluation		Niveau de communication		Niveau de gestion		
Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	

Niveau de détail		Niveau de description		Niveau de mesure		Niveau de suivi		Niveau de reporting		Niveau de planification		Niveau de mise en œuvre		Niveau de suivi-évaluation		Niveau de communication		Niveau de gestion		
Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	Code	Description	

## ANNEXE 7

### ÉLÉMENTS DES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Les services bénéficiant d'une aide au titre du volet restructuration du fonds d'appui aux bonnes pratiques de l'aide à domicile signent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles avec l'ARS et le Conseil départemental.

Pour la formalisation de ce contrat vous vous reporter au contenu du CPOM spécifique pour les SAAD prévu par l'article L. 313-11-1 du code de l'action sociale et des familles résultant de l'art. 46 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et à l'instruction sur les CPOM dont la publication se fera très prochainement.

Éléments contenus dans le CPOM - Plan de retour à l'équilibre :

Sur la base des éléments constitutifs du dossier de demande d'attribution des crédits prévus à par l'arrêté du 23 décembre 2016 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 précisés par la présente instruction le gestionnaire s'engage fournir un diagnostic initial de la situation financière de son organisme.

Ce diagnostic initial doit comporter au minimum et en plus de toute information demandée par les financeurs :

- la situation financière : fonds de roulement d'investissement, fonds de roulement d'exploitation, besoin en fonds de roulement ;
- les moyens matériels : état du patrimoine, degré de vétusté d'équipements éventuels et amortissements déjà prévus (plan pluriannuel d'investissement) ;
- la structure par groupe de dépenses ;
- la dotation totale en personnel ;
- les coûts de gestion : services logistiques, administratifs et techniques (si mutualisés, la part affectée à l'organisme) ;
- plan stratégique de retour à l'équilibre envisagé par l'organisme, notamment par le biais des optimisations réalisées en termes de gestion, de prestations de services au regard de la gestion des ressources humaines de l'organisme, etc.

Les objectifs suivants devront être atteints par le gestionnaire de l'organisme dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens :

OBJECTIF	TITRE
OBJECTIF n° 1	1 – 1 - Formalisation des orientations stratégiques de l'association (type de publics servis, zones géographiques de desserte, qualifications...) 1-2- Formalisation en regard du 1-1 des moyens humains, matériels, etc.
OBJECTIF n° 2	2-1- Formalisation des objectifs de retour à l'équilibre : gains d'efficacité, stratégie de service (publics, desserte, positionnement par rapport à l'offre et la demande sur le territoire visé...), tarification ou compensations financières mises en regard, modalités de financement transitoires, crédits d'accompagnement de modernisation... 2-2- Modalités de mise en œuvre et suivi de la stratégie précisée au 1-1 de retour à l'équilibre, en regard des objectifs de qualité identifiés par l'organisme et les financeurs.
OBJECTIF n° 3	Suivi de l'adéquation de la qualification du personnel avec les notifications des financeurs, les évaluations faites par les financeurs ou les conventions avec les financeurs.
OBJECTIF 4	Formalisation des indicateurs de suivi : financiers, qualitatifs et quantitatifs

Chaque objectif fait l'objet d'une fiche, jointe en annexe du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui précise :

- sa nature ;
- son développement ;
- son planning de réalisation ;
- ses critères d'évaluation (indicateurs) ;

- s'il nécessite des moyens nouveaux pour sa réalisation et, dans ce cas, les moyens proposés, leur date de mise en œuvre, leur coût (ponctuel ou constant) la première année et en année pleine, les années suivantes ainsi que l'estimation de leur incidence tarifaire la première année en année pleine ;
- s'il nécessite des marges de progrès ou de réorganisation : indications à fournir.

L'objectif 4 – indicateurs – est associé de façon systématique aux autres fiches.

## ANNEXE 8

### ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS DU DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE – 2017

Pour être déclaré complet, le dossier, réalisé par le gestionnaire, devra nécessairement comporter les éléments suivants :

- les rapports d'activité du service pour les années 2013 à 2015
- les comptes administratifs ou comptes de résultats des années 2013 à 2015, et le cas échéant, 2016 ;
- les bilans pour les années 2013 à 2015, certifiés par un commissaire aux comptes lorsque cette obligation pèse sur la structure ;
- le budget 2017 ;
- la copie du jugement tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le cadre d'un service en situation de sauvegarde ou de redressement judiciaire ;
- pour les services autorisés et tarifés par le conseil départemental, les copies des arrêtés de tarification pour les années 2013 à 2016 ;
- tout rapport d'audit de la situation du service effectué depuis 2013 par un prestataire externe
- sur la base des éléments contenus dans l'outil d'autodiagnostic, une synthèse et un plan de retour à l'équilibre explicitant les actions permettant d'aboutir à un redressement des comptes dans un délai de 3 ans ;
- le projet de service ou document retraçant les projets du service en termes de modernisation, d'adaptation de la prestation aux besoins de la population (notamment dans une logique de prévention, d'inscription sur le territoire...) pour les services qui ont basculé dans le régime de l'autorisation à compter du 30 décembre 2015.

Les services peuvent, s'ils souhaitent confirmer le risque de dégradation financière imminente dont ils font l'objet, présenter les éléments comptables et financiers relatif à l'exercice 2015, ainsi que les éléments budgétaires disponibles au titre de l'année 2016.

## SOLIDARITÉS

### ACTION SOCIALE

#### Enfance et famille

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

FONDS NATIONAL DE FINANCEMENT  
DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

### **Décision du 31 mars 2017 du comité de gestion du fonds national de financement de la protection de l'enfance (FNFPE)**

NOR : AFSA1730165S

Le comité de gestion du fonds national de financement de la protection de l'enfance, sous la présidence de Mme Catherine LESTERPT, adjointe à la sous-directrice de la famille et de l'enfance de la direction générale de la cohésion sociale,

Vu les articles L. 112-3, L. 221-2-2, L. 223-3, R. 221-11, R. 221-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'article 27 de la loi du n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance ;

Vu le décret n° 2010-497 du 17 mai 2010, modifié par le décret du 18 août 2015, relatif au fonds national de financement de la protection de l'enfance, et notamment son article 3 ;

Vu le protocole du 31 mai 2013 signé entre l'État et le président de l'Assemblée des départements de France,

Décide :

#### Article 1<sup>er</sup>

Le comité de gestion du FNFPE décide d'affecter, au titre de l'exercice 2017, 14 039 200 € sur la sous-enveloppe visée au *b* de l'article 3 du décret susvisé, à savoir la sous-enveloppe contenant des crédits spécifiquement dédiés au remboursement des dépenses engagées par les départements dans la phase de mise à l'abri, d'évaluation et d'orientation des jeunes isolés étrangers.

#### Article 2

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

Fait le 31 mars 2017.

*Le président du comité de gestion du fonds national  
de financement de la protection de l'enfance,*  
J.-P. VINQUANT

## SOLIDARITÉS

### ACTION SOCIALE

#### Exclusion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la cohésion sociale*

Sous-direction de l'inclusion sociale,  
de l'insertion et de la lutte contre la pauvreté

Bureau des minima sociaux

Sous-direction des affaires financières  
et de la modernisation

Bureau des budgets  
et de la performance

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

*Direction générale  
des finances publiques*

Service des collectivités locales

Sous-direction du conseil fiscal,  
financier et économique

Conseil fiscal et valorisation financière  
du secteur public local  
et du secteur public de santé  
Bureau CL2A

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

Délégation générale à l'emploi  
et à la formation professionnelle

Sous-direction des parcours d'accès à l'emploi  
SD PAE

Mission insertion professionnelle  
MIP

### **Instruction interministérielle n° DGCS/SD1C/DGFIP/DGEFP/2017/73 du 2 mars 2017 relative à la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion**

NOR : AFSA1706890J

Examinée par le COMEX le 9 février 2017.

*Date d'application* : immédiate.

*Catégorie* : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

*Résumé* : la loi de finances initiale pour 2017 en date du 29 décembre 2016 crée en son article 89 le fonds d'appui aux politiques d'insertion, dont bénéficient les départements qui signent une convention d'appui aux politiques d'insertion avec l'État. Ce fonds vise à soutenir les politiques d'insertion conduites par les conseils départementaux.

La présente instruction a pour objet d'accompagner la mise en œuvre de cette réforme dans les territoires. Elle précise la procédure d'élaboration des conventions d'appui aux politiques d'insertion conduisant au versement des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion ainsi que les modalités de suivi de sa mise en œuvre.

*Mots clés* : insertion – fonds d'appui aux politiques d'insertion – convention d'appui aux politiques d'insertion – départements.

*Références* :

Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 (article 89 [II et III]) ;

Décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au Fonds d'appui aux politiques d'insertion ;

Arrêté du 20 février 2017 fixant le modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion.

Annexe : arrêté fixant le modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion.

*Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social à Madame et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des finances publiques ; Mesdames et Messieurs les directeurs des finances publiques outre-mer ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi outre-mer ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des finances publiques ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs des unités départementales des directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.*

Le fonds d'appui aux politiques d'insertion a été créé par la loi de finances initiale pour 2017. Il vise à apporter un soutien financier aux départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion, dans le cadre d'une convention entre l'État d'une part, le conseil départemental et ses partenaires d'autre part. Le décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion a ensuite précisé les conditions de versement des crédits du fonds ainsi que la nature des dépenses concernées. L'arrêté du 20 février 2017 fixe le modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion (annexe).

La présente instruction vise à accompagner la mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion en précisant le processus d'élaboration des conventions conduisant au versement des crédits du fonds ainsi que les modalités de suivi et de reversement éventuel des crédits. Elle rappelle également les règles de répartition des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Vous veillerez dans le cadre de vos échanges avec le département à présenter le fonds d'appui aux politiques d'insertion comme un outil de mise en cohérence et de collaboration entre les différentes politiques portées par les acteurs publics en matière de solidarité, pour améliorer la prise en compte des besoins des personnes, et non comme un vecteur de compensation financière ou comme un fonds de soutien aux départements pour le financement des allocations individuelles de solidarité, objectif poursuivi par d'autres fonds.

### **1. Rappel des modalités de répartition des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion**

En contrepartie des engagements du département signataire dans le cadre de la convention, l'État s'engage à soutenir les actions du département en versant chaque année la part des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion mentionné à l'article 89 II de la loi de finances initiale pour 2017.

Ce fonds comporte deux sections :

#### *Éligibilité aux sections*

Une première section d'un montant équivalent à 10 % de l'enveloppe globale

En bénéficient les quinze départements signataires d'une convention d'appui aux politiques d'insertion dont le rapport entre les dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie, de prestation de compensation du handicap et de revenu de solidarité active d'une part et les dépenses réelles de fonctionnement d'autre part est le plus élevé. Sont prises en compte les dépenses de l'exercice N – 1 constatées aux balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques<sup>1</sup>, minorées pour les dépenses des trois allocations susmentionnées des mandats d'annulation relatifs à ces dépenses sur l'exercice concerné.

<sup>1</sup> Traitement effectué en administration centrale (Bureau CL-2A).



Une seconde section d'un montant égal à 90 % de l'enveloppe globale

En bénéficient l'ensemble des départements signataires d'une convention d'appui aux politiques d'insertion, y compris les départements éligibles à la première section du fonds.

### *Répartition des crédits*

Pour chacune des deux sections, la répartition des crédits est calculée au prorata du rapport entre le montant des dépenses de revenu de solidarité active de l'exercice  $N - 1$  minorées des mandats d'annulation au titre de ces dépenses sur l'exercice concerné pour chaque département et le montant de ces mêmes dépenses pour l'ensemble des départements signataires d'une convention d'appui aux politiques d'insertion.

## **2. Le processus d'élaboration des conventions d'appui aux politiques d'insertion conduisant au versement des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion**

### *2.1. La déclaration d'intérêt du département*

Conformément au Décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion, « pour la première année de la convention, chaque département dont le président souhaite bénéficier des crédits du fonds d'appui mentionné à l'article L. 263-1 doit manifester au plus tard le 1<sup>er</sup> mars par courrier au préfet de département son intention de s'engager dans la signature d'une convention. Le préfet de département en informe sans délai le ministre chargé de la lutte contre l'exclusion et le ministre chargé des collectivités territoriales ».

Pour 2017, un appel à manifestation d'intérêt a été publié sur le site Internet du ministère des affaires sociales et de la santé sous le lien suivant :

<http://social-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/fonds-d-appui-aux-politiques-d-insertion-appel-a-manifestation-d-interet-des>

Tout département qui souhaite bénéficier des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion vous adressera un courrier manifestant son intérêt pour signer une convention d'appui aux politiques d'insertion, au plus tard le 1<sup>er</sup> mars de chaque année. Ce courrier signé pourra vous être adressé scanné par mail. Au-delà de cette échéance, le département ne pourra pas prétendre au bénéfice des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion pour l'exercice en cours.

Vous le transmettez sans délai à la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) à l'adresse suivante :

[dgcs-insertion@social.gouv.fr](mailto:dgcs-insertion@social.gouv.fr)

### *2.2. La négociation du contenu de la convention et la signature de la convention*

Sur la base de ce courrier et sans délai, vous engagerez avec le président du conseil départemental une discussion conduisant à la négociation de la convention d'appui aux politiques d'insertion prévue à l'article L. 263-2-1 du code de l'action sociale et des familles. Pour mener à bien cette négociation, vous vous appuyerez sur les services déconcentrés concernés. Compte tenu du contenu de la convention tant en ce qui concerne les publics que les actions, les directions départementales de la cohésion sociale (et de la protection des populations) et les unités territoriales des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi seront amenées à travailler ensemble.

L'arrêté du 20 février 2017 fixant le modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion est annexé à la présente instruction (annexe). Ce modèle peut être complété, sans préjudice des dispositions initiales qu'il contient, et vous pouvez en accord avec le département bien évidemment y ajouter des mentions complémentaires en fonction du contexte local et des besoins prioritaires identifiés.

Les négociations engagées avec le président du conseil départemental, associant étroitement les partenaires du territoire, permettront de définir des priorités conjointes entre l'État et le département en matière de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale et professionnelle et de développement social.

Ces priorités seront définies sur la base d'un état des lieux des besoins sociaux et des actions mises en œuvre sur le territoire, établi sur la base des éléments existants. Cet état des lieux ne nécessite pas que soient conduits des travaux supplémentaires par rapport à ceux déjà disponibles sur le territoire. Vous utiliserez en particulier les éléments de diagnostics déjà contenus dans le pacte départemental d'insertion, le schéma départemental en faveur de l'autonomie des personnes, le diagnostic à 360° du sans-abrisme au mal logement, le schéma départemental de la domicilia-

tion, le schéma départemental des services aux familles, le schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public, les contrats de ville, les éléments de diagnostic fournis par les acteurs associatifs du territoire... Les éléments ayant servi de base au diagnostic partagé sont joints à la convention.

Ces priorités conduiront à définir des actions d'insertion constituant le socle commun et les actions supplémentaires inscrites dans la convention d'appui aux politiques d'insertion.

Le socle commun d'objectifs est constitué d'actions d'insertion prévues par la loi et d'au moins deux actions concourant à renforcer les coopérations :

- des actions d'insertion prévues par la loi en matière d'orientation et accompagnement des bénéficiaires du RSA, de signature d'un pacte territorial d'insertion et de cofinancement des contrats aidés et des structures de l'insertion par l'activité économique en application d'une convention annuelle d'objectifs et de moyens (CAOM) sur les contrats aidés pour chacune des trois années. Ces actions doivent obligatoirement figurer dans la convention ;
- au moins deux actions concourant à renforcer les coopérations entre les acteurs mobilisés en faveur de l'insertion sociale et professionnelle sur lesquelles vous vous entendrez librement avec le département sur la base d'une liste figurant en annexe au modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion. Les actions retenues s'entendent comme des actions nouvelles. Les départements qui souhaitent s'engager au-delà des dispositions prévues par la convention, en retenant d'autres actions concourant à renforcer les coopérations, doivent évidemment y être encouragés.

Pour chacune des actions du socle commun, le département s'engagera sur une trajectoire de progrès. Il peut s'agir par exemple de l'amélioration du taux d'orientation des bénéficiaires du revenu de solidarité active, de la réduction des délais entre l'orientation du bénéficiaire et l'entrée effective dans un parcours d'accompagnement ou de l'intensification du suivi proposé aux bénéficiaires. La convention doit prévoir les modalités de disponibilité et de communication des données liées à ces actions, modalités qui doivent figurer également dans le rapport de suivi de l'exécution de la convention.

Vous indiquerez les modalités de votre soutien à la mise en œuvre des engagements de coopération intéressant le partenariat entre les services de l'État et du département.

Par ailleurs, en complément de ces actions, le département s'engagera à mettre en œuvre au moins quatre actions supplémentaires en matière d'insertion, deux d'entre elles correspondant à des priorités nationales annexées au modèle de convention, et deux autres répondant à des priorités d'insertion départementales. Ces actions peuvent venir renforcer des projets déjà existants sur le territoire ayant fait la preuve de leur efficacité ou correspondre à la mise en place de nouveaux dispositifs ou projets liés à une démarche d'innovation sociale. Ces actions supplémentaires peuvent être portées directement par le département ou confiées à des partenaires associatifs financés par le département. Elles ne concernent pas uniquement les bénéficiaires du RSA mais l'ensemble des publics en situation de précarité ou d'exclusion.

À titre d'exemple, un soutien apporté par le département aux points conseil budget vers lesquels le service social départemental peut orienter des personnes en difficulté financière peut s'inscrire dans ce cadre dans les quatre régions où ce dispositif de prévention du surendettement est expérimenté. C'est le cas également du soutien aux dispositifs d'aide alimentaire qui a vocation à être articulé avec les actions d'accompagnement social mises en place par les départements, dans la mesure où l'aide alimentaire concerne près de 6 millions de personnes en situation d'insécurité alimentaire rencontrant par ailleurs des difficultés sociales et d'accès aux droits. Vous pourrez en outre développer le partenariat des conseils départementaux dans le cadre de l'accompagnement des personnes en parcours d'insertion qui sont hébergées ou en demande d'hébergement ou de logement adapté, en lien avec le SIAO de votre département, et promouvoir ainsi l'utilisation du SI SIAO par les conseils départementaux.

S'agissant de la politique de la ville, la convention d'appui aux politiques d'insertion a vocation à s'articuler avec les contrats de ville. L'insertion sociale et professionnelle des jeunes, notamment dans le cadre des parcours contractualisés d'accompagnement vers l'emploi et l'autonomie et de la garantie jeunes, la lutte contre l'isolement, et les actions visant le renforcement de la participation des habitants, feront l'objet d'une attention particulière dans le cadre de l'articulation entre la politique de la ville et les conventions signées dans le cadre du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Vous vous assurerez en lien avec le département qu'une description synthétique de chaque action est inscrite en annexe à la convention, ainsi que les indicateurs de suivi ou d'évaluation permettant de suivre la réalisation de l'action.

À l'issue de ce processus de négociation, vous veillerez à signer rapidement les conventions en tenant compte de l'échéance fixée au 30 avril. Toute convention signée au-delà du 30 avril ne pourra donner lieu à des financements au titre du fonds d'appui aux politiques d'insertion pour l'exercice en cours.

Vous en informerez la direction générale de la cohésion sociale et l'Agence de services et de paiement dans un mail commun, en y joignant une copie scannée de la convention signée en format PDF, à réception, et au plus tard 15 jours après la date de signature de la convention aux adresses suivantes :

[dgcs-insertion@social.gouv.fr](mailto:dgcs-insertion@social.gouv.fr)  
[support-fapi@asp-public.fr](mailto:support-fapi@asp-public.fr)

Vous veillerez à ce que la fiche contact prévue à cet effet soit renseignée par le département et annexée à la convention d'appui aux politiques d'insertion.

### 2.3. Les étapes de notification des crédits

À l'appui des discussions que vous engagerez avec le conseil départemental, la direction générale de la cohésion sociale vous adressera, ainsi qu'au président du conseil départemental, chaque année au 31 janvier une première information par mail relative à la répartition des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Cette répartition indicative sera réalisée sur la base des éléments suivants :

- hypothèse que la totalité des départements seront signataires d'une convention d'appui aux politiques d'insertion au titre de l'année en cours ;
- données provisoires relatives au RSA, APA et PCH de l'année  $N - 1$  constatées aux balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques<sup>2</sup>, qui en informera la direction générale de la cohésion sociale, servant à déterminer l'éligibilité éventuelle des départements à la première section du fonds et à la répartition des fonds comme précisé au point 1 de la présente circulaire. Veuillez noter que l'éligibilité à la première section est susceptible d'évoluer en fonction des départements choisissant de signer la convention.

Une seconde notification vous sera communiquée par mail au plus tard le 15 mars de chaque année par l'Agence de services et de paiement, ainsi qu'au président du conseil départemental ayant manifesté son intention de signer la convention ou ayant signé la convention, mentionnant les moyens financiers annuels prévisionnels alloués au titre de cette convention.

Le calcul prévisionnel de la répartition du fonds d'appui aux politiques d'insertion sera réalisé ainsi :

- en prenant en compte les seuls départements ayant réellement manifesté leur intérêt pour signer une convention d'appui aux politiques d'insertion ;
- sur la base des données provisoires actualisées relatives au RSA, APA et PCH de l'année  $N - 1$  constatées aux balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques<sup>3</sup>, qui en informera la direction générale de la cohésion sociale.

À l'issue du processus de signature des conventions d'appui aux politiques d'insertion, la direction générale de la cohésion sociale procédera au calcul des enveloppes définitives dues à chaque département sur la base suivante :

- sur la base des conventions d'appui aux politiques d'insertion signées au plus tard le 30 avril et connues de la direction générale de la cohésion sociale ;
- sur la base des données définitives relatives au RSA, APA et PCH de l'année  $N - 1$  constatées aux balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques<sup>4</sup>, qui en informera la direction générale de la cohésion sociale.

L'Agence de services et de paiement s'appuiera sur ce calcul pour procéder à la notification définitive du montant dû à chaque département. Cette notification vous sera adressée par mail, ainsi qu'au président du conseil départemental. Elle donnera lieu à la conclusion d'un avenant actant le montant définitif de la convention pour l'exercice en cours. La conclusion de cet avenant est nécessaire pour permettre la mise en paiement des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

---

<sup>2</sup> Traitement effectué en administration centrale (Bureau CL-2A).

<sup>3</sup> Traitement effectué en administration centrale (Bureau CL-2A).

<sup>4</sup> Traitement effectué en administration centrale (Bureau CL-2A).

Vous veillerez à adresser cet avenant par voie dématérialisée en format PDF à la direction générale de la cohésion sociale et à l'Agence de services et de paiement pour permettre le versement des crédits, aux adresses suivantes :

[dgcs-insertion@social.gouv.fr](mailto:dgcs-insertion@social.gouv.fr)  
[support-fapi@asp-public.fr](mailto:support-fapi@asp-public.fr)

#### *2.4. La procédure de versement des crédits*

L'Agence de services et de paiement versera aux départements les crédits dus au titre du fonds d'appui aux politiques d'insertion au plus tard le 31 juillet de l'exercice au titre duquel ils sont dus.

Ce versement sera effectué sur la base de :

- la convention d'appui aux politiques d'insertion envoyée scannée en format PDF comprenant la fiche contact (se reporter au point 2.2) ;
- l'avenant financier à la convention d'appui aux politiques d'insertion envoyé scannée en format PDF (se reporter au point 2.3).

Cet envoi doit se faire sous format dématérialisé selon les modalités décrites aux points 2.2 et 2.3.

#### *2.5. La dénonciation de la convention d'appui aux politiques d'insertion*

La convention d'appui aux politiques d'insertion est signée pour une durée de 3 ans. Elle pourra être dénoncée avant cette échéance par l'une des parties signataires par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lorsque la dénonciation émane du conseil départemental, vous en informerez la direction générale de la cohésion sociale à réception de la lettre de dénonciation du département. Lorsque cette dénonciation émane de la préfecture, vous en informerez la direction générale de la cohésion sociale au moment de l'envoi au conseil départemental.

Cette dénonciation ne pourra emporter d'effet qu'à compter de l'année suivante, chaque partie demeurera tenue au titre de l'exercice en cours aux droits et obligations issus de la convention.

### **3. Le suivi de l'exécution de la convention et les modalités de reversement des crédits**

#### *3.1. Le suivi de l'exécution de la convention*

Dans le cadre de la mise en œuvre de la convention d'appui aux politiques d'insertion, le département s'engagera à mettre en œuvre des actions nouvelles ou à renforcer des actions existantes, en association étroite avec l'État et l'ensemble de ses partenaires.

Vous contribuerez au regard de vos missions et des actions sur lesquelles vous vous êtes accordés avec les conseils départementaux à la mise en œuvre de la convention d'appui aux politiques d'insertion, en particulier s'agissant des engagements de coopération entre les acteurs et des actions supplémentaires.

Chaque année, le conseil départemental produira un rapport d'exécution de la convention d'appui aux politiques d'insertion. Il fera l'objet d'une délibération du conseil départemental au plus tard le 31 mars.

Ce rapport vous sera adressé, ainsi qu'à l'ensemble des acteurs du Pacte territorial pour l'insertion. Le suivi annuel de l'exécution de la convention associera l'ensemble des acteurs locaux de l'insertion et les représentants des personnes en situation d'exclusion. Le conseil départemental pourra s'appuyer sur les instances existantes de suivi du programme départemental d'insertion et du pacte territorial pour l'insertion pour conduire le suivi de la convention.

#### *3.2. Les modalités de reversement des crédits*

Vous vous appuyerez sur le rapport d'exécution remis au plus tard le 31 mars de l'année suivant l'exécution de la convention pour constater l'éventuelle non-atteinte des objectifs prévus dans le cadre de la convention.

Si les objectifs prévus dans le cadre de la convention ne sont pas atteints, vous pourrez demander le reversement de tout ou partie des crédits :

- si vous constatez une diminution de plus de 5 % des crédits inscrits au titre des dépenses d'insertion par comparaison aux crédits correspondants de l'exercice précédent, vous demanderez sur la base de l'émission d'un titre de perception le reversement intégral des crédits versés au titre de l'année d'exécution de la convention contrôlée.

Cette comparaison est réalisée entre les crédits inscrits l'année considérée d'exécution de la convention et les crédits inscrits l'année précédente.

Sont pris en compte pour ce calcul les crédits inscrits au budget primitif, au budget supplémentaire et lors de décisions modificatives.

À ce titre, les services de la direction départementale des finances publiques vous transmettront chaque année à l'issue du 1<sup>er</sup> trimestre le montant de ces dépenses d'insertion.

Ainsi, les montants des dépenses d'insertion des exercices 2017 (première année d'exécution) et 2016 (année précédente) vous seront transmis à l'issue du 1<sup>er</sup> trimestre 2018.

La liste des comptes retenus pour l'appréciation des dépenses de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale et professionnelle et de développement social est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la lutte contre l'exclusion et des finances ;

- si vous constatez un manquement substantiel aux engagements de progrès pris par le département dans le cadre du socle commun (actions d'insertion prévues par la loi et actions concourant à renforcer les coopérations), vous pourrez demander le reversement d'au maximum 20 % des crédits versés l'année précédente. Vous fonderez votre appréciation sur le rapport d'exécution de la convention. Le caractère substantiel du manquement s'appréciera au regard d'éléments objectifs, dans le cadre des modalités de collecte des données prévues par la convention, non en fonction de la qualité des résultats obtenus. La fraction faisant l'objet d'un reversement sera déterminée à raison de l'importance des manquements constatés.

En cas de reversement, vous informerez le Président du conseil départemental par lettre recommandée avec accusé de réception. Le président du conseil départemental disposera d'un délai d'un mois pour y répondre. À l'issue de ce délai, vous émettrez un titre de reversement, pour paiement au plus tard 6 mois après son émission.

J'attire votre attention sur le cas particulier des métropoles. Les données comptables qui vous seront transmises pour apprécier l'évolution des dépenses d'insertion ne prendront pas en compte les transferts ou délégations de compétences du département à la métropole en vertu de l'article L. 5217-2 du code général des collectivités territoriales. Vous le signalerez au président du conseil départemental dans le cadre de la procédure contradictoire décrite au paragraphe précédent. Le président du conseil départemental pourra utilement se prévaloir du transfert ou de la délégation d'une compétence, en particulier s'agissant du fonds d'aide aux jeunes et du fonds de solidarité pour le logement, pour justifier, en totalité ou partiellement, d'une baisse de plus de 5 % de ses dépenses d'insertion.

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

Pour le ministre de l'économie  
et des finances et par délégation :  
Pour le directeur général des finances publiques :  
*Le chef du service des collectivités locales,*  
N. BIQUARD

Pour la ministre du travail, de l'emploi,  
de la formation professionnelle  
et du dialogue social et par délégation :  
*La déléguée générale à l'emploi  
et à la formation professionnelle,*  
C. CHEVRIER

ANNEXE

ARRÊTÉ FIXANT LE MODÈLE DE CONVENTION D'APPUI AUX POLITIQUES D'INSERTION

Le 13 mars 2017

JORF n°0052 du 2 mars 2017

Texte n°19

**Arrêté du 20 février 2017 fixant le modèle de convention d'appui aux politiques d'insertion**

[NOR : AFSA1702528A](#)

ELI:<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2017/2/20/AFSA1702528A/jo/texte>

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 263-2-1 et D. 263-1,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La convention d'appui aux politiques d'insertion prévue par l'article D. 263-1 du code de l'action sociale et des familles est établie conformément au modèle fixé en annexe du présent arrêté. Par commun accord, et sans préjudice des dispositions intégrées à ce modèle, les parties signataires peuvent y ajouter des mentions complémentaires.

**Art. 2.** – 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 20 février 2017.

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



## ANNEXES



### CONVENTION D'APPUI AUX POLITIQUES D'INSERTION 2017-2019 CONCLUE AVEC LE DEPARTEMENT

#### Entre

L'Etat, représenté par XX, Préfet de département du XXX, d'une part,

#### Et

Le Département du XX, représenté par XX, Président du conseil départemental du XXX, et désigné ci-après par les termes « le conseil départemental du XX », d'autre part,

N° SIRET : xxxx

Considérant la loi de finances initiale pour 2017 créant le fonds d'appui aux politiques d'insertion en son article 89 ;

Considérant le décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion ;

Il est convenu ce qui suit :

#### PREAMBULE

La lutte contre la pauvreté et les exclusions est un « impératif national » inscrit dans la loi<sup>1</sup>, et fondé sur « l'égalité de dignité de tous les êtres humains ». Elle est à ce titre « une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

Loin de se réduire à une logique de soutien aux revenus, notamment par le moyen des prestations sociales, la lutte contre la pauvreté vise à « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance. »

C'est en ce sens que les situations de pauvreté ou d'exclusion sociale ne peuvent et ne doivent pas être considérées comme un statut ou une fatalité. Les politiques de lutte contre la pauvreté et contre les exclusions visent au contraire à renforcer l'égalité des chances et la cohésion sociale.

---

<sup>1</sup> Article L115-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Pour atteindre ces objectifs, les politiques d'insertion doivent s'articuler autour de 3 axes complémentaires :

- la prévention des difficultés sociales et la lutte contre la pauvreté;
- l'accompagnement des personnes en vue de leur accès à l'autonomie et leur participation à la vie sociale, économique et citoyenne ;
- l'intervention sur l'environnement social pour renforcer la cohésion sociale et les solidarités de proximité.

La loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité a confié aux départements la responsabilité de la conduite des politiques d'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RMI, avec le concours de ses partenaires (Etat, collectivités, organismes de formation et associations)<sup>2</sup>.

Afin de permettre aux personnes de réaliser des choix libres et autonomes, la loi du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion<sup>3</sup> précise que chacun doit pouvoir être informé, aidé et accompagné de façon « personnalisée » : c'est pourquoi les modalités d'accompagnement doivent être définies dans le cadre d'un contrat « librement débattu », définissant les engagements réciproques du conseil départemental et de la personne accompagnée.

Les Pactes territoriaux d'Insertion, créés par la loi du 1<sup>er</sup> décembre 2008 ci-dessus mentionnée, visent à assurer une coordination soutenue en matière d'insertion, entre le Département et les autres acteurs du territoire. Pour autant, l'articulation entre les politiques locales et nationales apparaît aujourd'hui insuffisante. On constate par ailleurs des disparités entre les départements concernant la mise en œuvre d'un accompagnement adapté aux besoins des personnes.

Les politiques d'insertion portées par les conseils départementaux doivent ainsi s'articuler pleinement avec l'ensemble des politiques publiques portées par l'Etat, et qui concourent à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion : hébergement d'urgence, emploi, formation, éducation, accès aux soins. Elles visent ainsi à redonner des opportunités à l'ensemble des personnes en situation d'exclusion sociale, au-delà de la seule insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RSA.

Le fonds d'appui aux politiques d'insertion créé par loi de finances initiale pour 2017 vise ainsi à apporter un soutien financier aux départements qui s'engagent à renforcer leurs politiques d'insertion, dans le cadre d'une convention entre l'Etat d'une part, le conseil Départemental et ses partenaires d'autre part.

Cette convention vise à définir des priorités conjointes, déclinées sous la forme d'engagements réciproques et d'actions conjointes.

#### **ARTICLE 1 – OBJET DE LA CONVENTION**

Par la présente convention, le Préfet de département et le Président du conseil départemental du **XXX** définissent des priorités conjointes en matière de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale et professionnelle et de développement social.

---

<sup>2</sup> Loi n°2003-1200 du 18 décembre 2003 - article L. 263-1 du code de l'action sociale et des familles

<sup>3</sup> LOI n° 2008-1249 du 1er décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion



Ces priorités communes sont déclinées sous la forme d'engagements réciproques permettant de renforcer les coopérations entre les acteurs de l'insertion, et de permettre une meilleure articulation entre leurs interventions, en cohérence avec leurs champs de compétences respectifs.

Dans ce cadre, le département s'engage à mettre en œuvre des actions nouvelles ou à renforcer des actions existantes, en association étroite avec l'Etat et l'ensemble de ses partenaires, afin de répondre à des priorités nationales, mais aussi à des priorités départementales.

Cette convention fixe également l'engagement de l'Etat et du département sur le plan financier, dans les conditions prévues par la loi de finances initiale pour 2017. L'article 89 II. de la loi de finances est joint à l'annexe 1 de la présente convention.

Elle définit les modalités de suivi et d'évaluation des actions prévues au titre de ladite convention.

## **ARTICLE 2 – ENGAGEMENTS RECIPROQUES DU DEPARTEMENT ET DE L'ETAT**

Des engagements de progrès devront être définis conjointement par l'Etat et le département dans le cadre d'un dialogue avec leurs partenaires associatifs, les autres collectivités locales (et notamment les communes et leurs CCAS ainsi que la région) ; dans cette perspective les organismes de protection sociale (Pole emploi, CNAF, CCMSA, CNAM, CNAV) seront mobilisés.

Les partenaires territoriaux peuvent, s'ils le souhaitent prendre part à la convention par avenant, avec l'accord de l'Etat et du département.

### **2.1 Diagnostic des besoins sociaux et des solutions existantes sur le territoire**

L'Etat et le conseil départemental font figurer, sur la base des éléments existants, un diagnostic des besoins sociaux et des actions mises en œuvre sur le territoire en matière d'insertion en annexe de la convention. Il reprendra les éléments de diagnostic de l'ensemble des partenaires du pacte territorial d'insertion.

Il constitue le fondement et la justification des priorités conjointes et des engagements de l'Etat et du département.

La synthèse des éléments attendus dans le cadre de ce diagnostic commun sont détaillés en annexe 3.

### **2.2 Socle commun d'objectifs**

L'Etat et le département s'accordent sur des engagements de progrès qui constituent le socle commun d'objectifs de la présente convention.

*NB : l'ensemble des engagements de progrès et des actions conjointes devront faire l'objet d'un descriptif synthétique mais précis, permettant d'identifier les objectifs poursuivis, les financements mobilisés, les partenaires et les indicateurs de résultat associés. Un renvoi en annexe est possible pour détailler les actions.*

#### **2.2.1. Actions d'insertion prévues par la loi**

Afin de garantir l'équité de traitement des citoyens sur l'ensemble des territoires et de permettre un accompagnement adapté aux besoins des personnes concernées, le département et l'Etat s'engagent à définir conjointement une démarche de progrès, en association étroite avec leurs partenaires, au titre des obligations légales du département en matière :

- d'orientation et de réorientation des bénéficiaires du RSA ;
- d'accompagnement des bénéficiaires du RSA incluant la signature de contrats d'engagements réciproques ;
- de participation des bénéficiaires du RSA aux équipes pluridisciplinaires ;
- de signature d'un pacte territorial pour l'insertion ;
- de signature d'une convention annuelle d'objectifs et de moyens (CAOM) sur les contrats aidés et sur les contrats à durée déterminée d'insertion du secteur de l'insertion par l'activité économique.

Le département présente pour l'ensemble de ces actions d'insertion ses engagements de progrès assortis d'objectifs précis et d'indicateurs d'évaluation.

Le préfet présente dans le cadre de cette convention les modalités de son soutien à la mise en œuvre de ces engagements de progrès départementaux.

#### 2.2.2 Actions concourant à renforcer les coopérations entre les acteurs

Afin de compléter ce socle commun au sens de la loi, la convention prévoit qu'au moins deux actions visant à renforcer les coopérations entre les acteurs mobilisés en faveur de l'insertion sociale et professionnelle sur le territoire départemental seront mises en œuvre chaque année par le département, sur la base de la liste présentée en annexe 5. Les actions retenues seront des actions nouvelles.

Le préfet présente dans le cadre de cette convention les modalités de son soutien à la mise en œuvre de ces engagements départementaux, et les engagements de coopération sur lesquels il s'engage, le cas échéant, au titre de l'Etat.

Les actions retenues sont les suivantes (descriptif synthétique joint en annexe) :

- **A COMPLETER** par les signataires

#### 2.3 Actions supplémentaires répondant à des priorités nationales ou à des priorités locales

Les priorités nationales des politiques d'insertion sont présentées en annexe 5 ; le Préfet et le Président du conseil départemental définissent conjointement les priorités nationales retenues au titre de la convention.

Les priorités départementales sont définies par le président du conseil départemental au regard du diagnostic des besoins sociaux et des solutions existantes sur le territoire (cf. article 2.1).

Le département s'engage à mettre en œuvre au moins quatre actions supplémentaires correspondant à ces priorités qui peuvent être constituées de projets nouveaux ou du renforcement d'actions existantes sur le territoire. Au moins deux de ces actions répondent à des priorités nationales en matière d'insertion et au moins deux à des priorités d'insertion départementales.

Ces priorités et actions sont les suivantes (descriptif synthétique joint en annexe) :

- **A COMPLETER** par les signataires

#### 2.4. Financement

##### 2.4.1 Maintien des dépenses départementales en matière d'insertion

Le département s'engage pour toute la durée de la convention, à inscrire annuellement des crédits au titre des dépenses d'insertion au moins égaux à 95% des crédits inscrits l'année précédente. La nature des

dépenses prises en compte est précisée en annexe 2 (Décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion).

#### 2.4.2 Versement des fonds par l'Etat

En application de l'article 89 II. de la loi de finances initiale pour 2017, l'Etat apporte son soutien financier au département du XXX dans le cadre du fonds d'appui aux politiques d'insertion, pour la réalisation des actions décrites à l'article 2.

L'Agence de services et de paiements verse la dotation due au département, au regard de la convention entre le préfet du département et le président du département signée au plus tard le 30 avril de chaque année, de la fiche contact jointe en annexe 6 de la présente convention et dûment complétée et des avenants modificatifs à la présente convention.

Au titre de l'année 2017, ce soutien s'élève à un montant prévisionnel de XXX €. Le montant définitif au titre de l'année 2017 sera fixé par avenant à la présente convention. Pour les années suivantes, ce montant sera défini par avenant à la présente convention.

L'Agence de services et de paiements notifie préalablement au versement les moyens financiers définitifs alloués au département, conformément à la décision prise par le conseil de gestion du fonds, au regard du nombre de départements signataires d'une convention d'appui aux politiques d'insertion.

L'Agence de services et de paiements verse au département la dotation chaque année au plus tard le 31 juillet de l'exercice au titre de laquelle elle est due.

#### 2.5 Suivi et évaluation de la convention

Le suivi et l'évaluation de l'exécution de la présente convention sont effectués de façon conjointe par le département et l'Etat sur une base annuelle.

Dans cette perspective, des indicateurs de suivi sont définis de façon concertée pour chaque action.

Le suivi de la convention est assuré dans le cadre du Pacte Territorial pour l'Insertion, associant l'Etat, les acteurs locaux de l'insertion, et des représentants des personnes en situation d'exclusion.

Le département est en charge de la préparation d'un rapport d'exécution de la convention d'appui aux politiques d'insertion. Ce rapport contient également un bilan global synthétisant l'ensemble des actions d'insertion conduites par le département et ses partenaires sur le territoire.

Ce rapport fait l'objet d'une délibération du conseil départemental en vue d'une transmission au préfet au plus tard le 31 mars de l'exercice suivant la réalisation des actions.

Les membres du Pacte Territorial pour l'Insertion sont destinataires du rapport ci-dessus mentionné.

### **ARTICLE 3 - DUREE DE LA CONVENTION ET RENOUVELLEMENT**

La présente convention prend effet à compter de sa signature pour une durée de 3 ans (2017-2019). Elle est librement renouvelable par accord entre les parties.

#### **ARTICLE 4 – MODALITES DE VERSEMENT DE LA DOTATION**

La dotation fera l'objet d'un versement annuel du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

La contribution financière sera créditée sur le compte du département du **XX**.

Les versements seront effectués sur le compte : XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX [à compléter par le département]

Dénomination sociale (titulaire du compte)

Code établissement

Code guichet

Numéro de compte

Clé RIB

IBAN

BIC

L'ordonnateur de la dépense est le président du conseil de gestion du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Les contributions financières du fonds d'appui aux politiques d'insertion sont versées sous réserve de la disponibilité des crédits.

#### **ARTICLE 5 – MODALITES DE REVERSEMENT DES CREDITS**

Conformément à la loi de finances initiale pour 2017, le versement opéré chaque année pourra faire l'objet d'un reversement au budget général de l'Etat l'année suivante si le Préfet constate que les objectifs prévus dans le cadre de la présente convention ne sont pas atteints.

Ce reversement sera demandé dans deux cas :

- En cas de manquement à l'article 2.4.1 de la présente convention, le préfet demandera le remboursement intégral des crédits versés l'année précédente ;
- Lorsque le préfet de département constate des manquements substantiels aux engagements de progrès du département mentionnés aux articles 2.2.1 et 2.2.2 de la présente convention, il peut également demander le reversement d'au maximum 20% des crédits versés l'année précédente. Il s'appuie sur le rapport d'exécution mentionné à l'article 2.5 de la présente convention pour décider du montant du reversement.

En cas de reversement, le Préfet de département en informe le Président du conseil départemental par lettre recommandée avec accusé de réception. Le Président du conseil départemental dispose d'un délai d'un mois pour y répondre. A l'issue de ce délai, le Préfet de département émet un titre de reversement, pour paiement au plus tard 6 mois après son émission.

#### **ARTICLE 6 – DENONCIATION DE LA CONVENTION**

La convention peut être dénoncée par l'une ou l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception.

La dénonciation de la convention ne peut emporter d'effet qu'à compter de l'année suivant cette dénonciation, chaque partie demeurant tenue aux droits et obligations résultant de l'article 2 afférents à l'année en cours.

**ARTICLE 7 - LITIGE**

Tout litige résultant de l'exécution de la présente convention est du ressort du tribunal administratif territorialement compétent.

Le Président du conseil départemental du xxx

Par délégation, le Directeur général des services

Le Préfet du département du XXX

Par délégation, le Directeur départemental de la cohésion sociale [et de la protection des populations]

**Annexe 1 – Article 89 II. de la loi de finances initiale pour 2017**

II. – A. – Il est institué un fonds d'appui aux politiques d'insertion au bénéfice des départements.

Ce fonds est géré, pour le compte de l'État, par l'Agence de services et de paiement et administré par un conseil de gestion dont la composition, les modalités de désignation des membres et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Les crédits du fonds sont attribués chaque année aux départements dont le président du conseil départemental a conclu avec le représentant de l'État dans le département une convention en application de l'article L. 263-2-1 du code de l'action sociale et des familles. Le fonds prend également en charge les frais de gestion et de fonctionnement exposés par l'Agence de services et de paiement.

B. – Ce fonds est doté au titre de 2017 de 50 millions d'euros prélevés à titre exceptionnel sur les ressources de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retracées au sein de la section mentionnée au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Le recouvrement, le contentieux, les garanties et les sanctions relatifs à ce prélèvement sont régis par les règles applicables en matière de taxe sur les salaires.

Le fonds comporte une première section d'un montant égal à 10 % du montant mentionné au premier alinéa du présent B et une seconde section d'un montant égal à 90 % du même montant.

1. La dotation de la première section est répartie entre les quinze départements signataires d'une convention mentionnée à l'article L. 263-2-1 du code de l'action sociale et des familles dont le rapport entre les dépenses d'allocation mentionnées aux articles L. 232-1, L. 245-1 et L. 262-2 du même code et les dépenses de fonctionnement est le plus élevé, au prorata du rapport, constaté l'année qui précède l'année au titre de laquelle le versement est opéré, entre le montant de dépenses d'allocation au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 dudit code dans le département et le montant de dépenses d'allocation au titre du revenu de solidarité active de l'ensemble des départements signataires d'une convention mentionnée à l'article L. 263-2-1 du même code et remplissant ce critère.

2. La dotation de la seconde section est répartie entre les départements au prorata du rapport, constaté l'année qui précède l'année au titre de laquelle le versement est opéré, entre le montant de dépenses d'allocation au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles dans le département et le montant de dépenses d'allocation au titre du revenu de solidarité active de l'ensemble des départements signataires d'une convention mentionnée à l'article L. 263-2-1 du même code.

C. – Les versements opérés chaque année font l'objet d'un reversement au budget général de l'État si le représentant de l'État dans le département constate, dans des conditions précisées par décret, que les objectifs prévus dans la convention conclue en application du même article L. 263-2-1 ne sont pas atteints au titre de cette année. Le montant du reversement fait l'objet d'un titre de perception émis par le représentant de l'État dans le département après le 31 mars de l'année suivant l'année considérée, pour paiement au plus tard six mois après son émission.

Pour que les objectifs prévus soient considérés comme atteints, le département doit notamment inscrire, chaque année d'application de la convention, des crédits au titre des dépenses d'insertion pour le financement des actions de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale, professionnelle et de développement social au moins égaux à une part des crédits correspondants de l'année précédente. Cette part, ainsi que la nature des dépenses prises en compte, sont définies par décret.

**Annexe 2 – Décret relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion**

Le 20 février 2017

JORF n°0043 du 19 février 2017

Texte n°9

**Décret n° 2017-202 du 17 février 2017 relatif au fonds d'appui aux politiques d'insertion**

NOR: AFSA1636916D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/2/17/AFSA1636916D/jo/texte>  
Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/2/17/2017-202/jo/texte>

Publics concernés : conseils départementaux ; Agence de services de de paiement.

Objet : mise en œuvre du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice explicative : le fonds d'appui aux politiques d'insertion bénéficie aux départements qui signent avec l'Etat une convention d'appui aux politiques d'insertion.

Le présent décret fixe les modalités de fonctionnement du conseil de gestion chargé d'administrer le fonds. Il précise les modalités de répartition du fonds au regard des critères fixés par la loi. Il détermine le contenu des conventions d'appui aux politiques d'insertion, leurs conditions d'élaboration et de renouvellement ainsi que les modalités de leur suivi.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 89 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017. Le présent décret ainsi que les dispositions du code de l'action sociale et des familles qu'il modifie peuvent être consultés sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 263-2-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment ses articles L. 3611-3, L. 5217-2 et L. 5218-1 ;

Vu le code du travail, notamment ses articles L. 5132-3-1, L. 5132-5 et L. 5134-19-4 ;

Vu la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017, notamment son article 89 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle en date du 3 janvier 2017 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 12 janvier 2017,

Décète :

### **Article 1**

I. - Le conseil de gestion chargé d'administrer le fonds d'appui aux politiques d'insertion et défini au II de l'article 89 de la loi du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 susvisée est composé de cinq membres :

1° Deux représentants nommés par arrêté du ministre chargé la lutte contre l'exclusion, dont le président du conseil ;

2° Un représentant nommé par arrêté du ministre chargé des finances ;

3° Un représentant nommé par arrêté du ministre chargé des collectivités territoriales ;

4° Un représentant nommé par le président de l'Assemblée des départements de France.

II. - Le conseil de gestion se réunit au moins une fois par an à l'initiative de son président.

Un membre absent peut donner un mandat à un autre membre de le représenter au conseil. Un membre ne peut pas détenir plus d'un mandat. Le conseil prend ses décisions à la majorité des voix des membres présents ou représentés.

III. - Chaque année, sur proposition du président, le conseil de gestion adopte :

1° Le budget du fonds pour l'exercice à venir ;

2° Le bilan, le compte de résultat et le rapport d'activité concernant l'exercice écoulé.

Le conseil de gestion peut être saisi de toute question relative à la gestion et au financement des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion.

### **Article 2**

L'Agence de services et de paiement assure la gestion administrative, comptable et financière du fonds d'appui aux politiques d'insertion dans les conditions fixées par une convention signée entre le président du conseil de gestion prévu à l'article 1er du présent décret et le directeur de l'Agence de services et de paiement, approuvée par le conseil de gestion.

### **Article 3**



Pour la détermination des quinze départements bénéficiaires de la dotation de la première section du fonds d'appui aux politiques d'insertion mentionnée au 1 du B du II de l'article 89 de la loi du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 susvisée, sont prises en compte les dépenses d'allocation mentionnées aux articles L. 232-1, L. 245-1 et L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles l'année précédant celle au titre de laquelle les crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion sont versés, après déduction du montant des mandats d'annulation relatifs à ces dépenses au titre de l'exercice concerné.

Ces dépenses sont celles constatées dans les balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques.

#### **Article 4**

La répartition de la dotation entre départements bénéficiaires de chaque section du fonds d'appui aux politiques d'insertion mentionnées aux 1 et 2 du B du II de l'article 89 de la loi du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 susvisée est prise en tenant compte des dépenses d'allocation au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles l'année précédant celle au titre de laquelle les crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion sont versés, après déduction du montant des mandats d'annulation relatifs à ces dépenses au titre de l'exercice concerné.

Ces dépenses sont celles constatées dans les balances comptables des conseils départementaux transmises à la direction générale des finances publiques.

#### **Article 5**

Le bénéfice de la dotation versée au titre de la première section du fonds d'appui aux politiques d'insertion ne fait pas obstacle au bénéfice de la dotation versée au titre de la deuxième section du fonds.

#### **Article 6**

Pour l'application du dernier alinéa du II de l'article 89 de la loi du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 susvisée, sont considérées comme des dépenses d'insertion pour le financement des actions de lutte contre la pauvreté, d'insertion sociale et professionnelle et de développement social les dépenses correspondant aux postes comptables dont la liste est précisée par arrêté des ministres chargés de la lutte contre l'exclusion et des finances et relatifs :

1° A l'accompagnement social et socio-professionnel des personnes éloignées de l'emploi, et notamment des bénéficiaires du revenu de solidarité active ;

2° A certaines dépenses d'action sociale des départements ;

3° A financement des contrats aidés mentionnés aux articles L. 5132-5, L. 5132-11-1, L. 5132-15-1, L. 5134-20, L. 5134-65 et L. 5134-112 du code du travail et au financement des structures d'insertion par l'activité économique conformément à l'article L. 5132-2 du même code, résultant de la signature des conventions annuelles d'objectifs et de moyens

prévues aux articles L. 5132-3-1 et L. 5134-19-4 de ce code ;

4° Au financement du fonds d'aide aux jeunes et du fonds de solidarité logement par les départements ;

5° Aux dépenses de personnel des départements afférentes aux actions mentionnées au présent article ;

6° Aux autres dépenses ayant pour finalité la lutte contre la pauvreté, l'insertion sociale et professionnelle et le développement social.

Les dépenses d'allocation mentionnées aux articles L. 232-1, L. 245-1 et L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles ne sont pas prises en compte.

## Article 7

Au sein du chapitre III, intitulé « Actions d'insertion », du titre VI du livre II du code de l'action sociale et des familles, il est rétabli une section 1 ainsi rédigée :

« Section 1

« Organisation départementale du dispositif d'insertion

« Art. D. 263-1. - Le bénéfice du fonds d'appui aux politiques d'insertion est ouvert aux départements signataires de la convention d'appui aux politiques d'insertion définie à l'article L. 263-2-1 du présent code. Cette convention est signée par le président du conseil départemental et le préfet de département, pour une durée de trois ans renouvelables. Elle détermine les priorités en matière d'insertion sociale et professionnelle des personnes en difficulté au regard des besoins identifiés localement. La convention est conforme à un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la lutte contre l'exclusion.

« Cette convention détermine :

« 1° Un socle commun d'objectifs sur lequel s'engage le département et comprenant les actions d'insertion mentionnées aux articles L. 262-27, L. 262-29, L. 262-30, L. 262-36, L. 262-39 et L. 263-2 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5132-3-1 et L. 5134-19-4 du code du travail, ainsi qu'au moins deux actions visant à renforcer les coopérations entre l'ensemble des acteurs mobilisés en faveur de l'insertion sociale et professionnelle sur le territoire départemental. Pour l'ensemble de ces actions, des engagements de progrès sont définis chaque année sur proposition du département et font l'objet d'un descriptif synthétique incluant des indicateurs de suivi ou d'évaluation définis de façon concertée ;

« 2° Au moins quatre actions supplémentaires, correspondant à des projets nouveaux ou au renforcement d'actions existantes sur le territoire. Au moins deux de ces actions répondent à des priorités nationales en matière d'insertion et au moins deux à des priorités d'insertion territoriales définies à partir de l'analyse des besoins locaux réalisée dans le cadre du pacte territorial pour l'insertion mentionné à l'article L. 263-2. Le descriptif synthétique de ces actions supplémentaires, incluant des indicateurs de suivi ou d'évaluation définis de façon concertée, est annexé à la convention.

« En contrepartie, l'Etat s'engage dans la convention à verser les crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion selon les modalités définies au II de l'article 89 de la loi n° 2016-

1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

« Des avenants à la convention initiale sont signés chaque année avant le 30 avril entre le préfet et le président du conseil départemental sur la base du rapport d'exécution de la convention, afin d'actualiser l'ensemble des actions mentionnées aux 1° et 2° du présent article.

« Art. D. 263-2. - Chaque département dont le président souhaite bénéficier des crédits du fonds d'appui mentionné à l'article L. 263-2-1 indique au plus tard le 1er mars par courrier ou par voie électronique au préfet de département son intention de signer une convention. Le préfet de département en informe sans délai le ministre chargé de la lutte contre l'exclusion et le ministre chargé des collectivités territoriales.

« Chaque année, au plus tard le 15 mars, l'Agence de services et de paiement informe le préfet de département et le président du conseil départemental ayant manifesté son intention de signer une convention, ou l'ayant déjà signée, des moyens financiers annuels prévisionnels alloués à ce titre.

« Pour ouvrir droit au versement des crédits du fonds d'appui aux politiques d'insertion, la convention mentionnée à l'article L. 263-2-1 du présent code est signée au plus tard le 30 avril. Toute convention signée après le 30 avril ne pourra donner lieu à versement au titre de l'année en cours.

« Chaque année, le préfet de département informe le ministre chargé de la lutte contre l'exclusion, le ministre chargé des collectivités territoriales et l'Agence de services et de paiement de la signature d'une convention d'appui aux politiques d'insertion dans son département ou de la poursuite de la convention en cours au plus tard quinze jours après la signature.

« L'Agence de services et de paiement notifie aux préfets de département et aux présidents des conseils départementaux les moyens financiers définitifs alloués au département au titre de la convention au regard du nombre de départements signataires de la convention. Ces moyens financiers font l'objet d'un avenant à la convention.

« Chaque année, l'Agence de services et de paiement verse au département les crédits dus au titre du fonds d'appui aux politiques d'insertion au plus tard le 31 juillet de l'exercice au titre duquel ils sont dus.

« Art. D. 263-3. - Le rapport sur l'exécution de la convention d'appui aux politiques d'insertion mentionné au troisième alinéa de l'article L. 263-2-1 comprend également un bilan global de l'ensemble des actions d'insertion conduites par le département et ses partenaires sur le territoire.

« Sur la base de ce rapport, le préfet de département et le président du conseil départemental assurent un suivi annuel de l'exécution de la convention d'appui aux politiques d'insertion, en associant les acteurs locaux de l'insertion et les représentants des personnes en situation d'exclusion.

« Les membres du pacte territorial pour l'insertion mentionné à l'article L. 263-2 sont destinataires du rapport.

« Art. D. 263-4. - Les crédits versés chaque année au département au titre de la convention peuvent faire l'objet d'un reversement l'année suivante selon les modalités

prévues au présent article.

« A compter de la seconde année de la convention, lorsque le préfet de département constate que le montant des crédits départementaux inscrits au budget départemental pour l'exercice budgétaire en cours au titre des dépenses d'insertion mentionnées à l'article 6 du présent décret, diminués du montant de la dotation annuelle du fonds d'appui aux politiques d'insertion de l'exercice en cours, est inférieur à 95 % du montant des crédits de l'année précédente au titre de ces mêmes dépenses, diminués le cas échéant de la dotation du fonds d'appui aux politiques d'insertion de l'exercice précédent, il demande au président du conseil départemental le remboursement intégral de la dotation versée l'année précédente.

« Le reversement d'une fraction du montant de la dotation peut également être demandé par le préfet de département lorsqu'il constate des manquements substantiels aux engagements de progrès pris par le président du conseil départemental dans le cadre de la convention au titre de l'année écoulée. La fraction faisant l'objet du reversement est déterminée à raison de l'importance des manquements constatés à partir du rapport mentionné au troisième alinéa de l'article L. 263-2-1 du présent code, sans pouvoir excéder 20 %. »

#### **Article 8**

Lorsque les compétences de mise en œuvre des politiques d'insertion sont transférées à la métropole en application du IV de l'article L. 5217-2 du code général des collectivités territoriales, la convention d'appui aux politiques d'insertion mentionnée à l'article L. 263-2-1 du code de l'action sociale et des familles se réfère aux termes de la convention passée entre le département et la métropole.

#### **Article 9**

Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé, la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales, le ministre de l'intérieur, le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics et la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 17 février 2017.

Bernard Cazeneuve  
Par le Premier ministre :

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Marisol Touraine

Le ministre de l'économie et des finances,  
Michel Sapin

La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social,

Myriam El Khomri

Le ministre de l'aménagement du territoire, de la ruralité et des collectivités territoriales,  
Jean-Michel Baylet

Le ministre de l'intérieur,  
Bruno Le Roux

Le secrétaire d'Etat chargé du budget et des comptes publics,  
Christian Eckert

La secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion,  
Ségolène Neuville

**Annexe 3 – Diagnostic des besoins sociaux et des actions mises en œuvre sur le territoire départemental en matière d'insertion**

Diagnostic des besoins sociaux du département :

*L'Etat et le Département décrivent synthétiquement la situation du département au regard de la situation socio-économique du territoire : niveau de pauvreté, indicateurs de fragilité sociale (taux de chômage, part des allocataires de minima sociaux dans la population, nombre de bénéficiaires de minima sociaux, part des bénéficiaires de CMU-C...), etc.*

Diagnostic des actions mises en œuvre en matière d'insertion

*L'Etat et le Département décrivent synthétiquement les actions qu'ils mettent en œuvre dans le département en matière de lutte contre la pauvreté, insertion sociale et professionnelle et développement social.*

*Pour chaque action ou groupe d'actions similaires, l'Etat et le Département indiquent : une description de l'action (objectifs et fonctionnement succinct), le territoire couvert, le public cible, le nombre de bénéficiaires, le budget de l'action, les partenaires associés et les éventuels résultats atteints.*

**Annexe 4 – Modèle de fiche action**

Chaque département est libre d'utiliser ce modèle ou de présenter ses actions sur un autre format synthétique reprenant les éléments ci-dessous.

		Etat	Département	Partenaire 1	Partenaire 2	Partenaire 3
<b>Action 1</b>	Description					
	Objectifs					
	Public cible					
	Territoire couvert					
	Pilote					
	Action					
	Financements					
	Indicateurs d'évaluation					

**Annexe 5 – Socle commun d'objectifs et priorités nationales en matière de politiques d'insertion**

**1. Socle commun d'objectifs :**

Actions d'insertion prévues par la loi

- apporter un accompagnement social et professionnel adapté aux besoins du bénéficiaire du revenu de solidarité active, ainsi qu'aux membres de son foyer, en vertu de l'article L. 262-27 du code de l'action sociale et des familles ;
- garantir une orientation correspondant à la situation des personnes (incluant si nécessaire une réorientation) en vertu des articles L. 262-29 et L. 262-30 du code de l'action sociale et des familles ;
- signer un contrat d'engagements réciproques « librement débattu », en vertu de l'article L.262-36 du code de l'action sociale et des familles ;
- associer aux équipes pluridisciplinaires des représentants des bénéficiaires du revenu de solidarité active en vertu de l'article L. 262-39 du code de l'action sociale et des familles;
- conclure un pacte territorial pour l'insertion dans les conditions prévues à l'article L. 263-2 du code de l'action sociale et des familles ;
- conclure avec le représentant de l'Etat la convention annuelle d'objectifs et de moyens (CAOM) prévue à l'article L. 5134-19-4 du code du travail, prévoyant les aides départementales à l'insertion professionnelle et aux structures d'insertion par l'activité économique attribuées au titre de l'embauche de bénéficiaires du revenu de solidarité.

Actions concourant à renforcer les coopérations entre les acteurs (au moins 2 parmi la liste, non exhaustive, suivante) :

- mise en place d'instances de gouvernance de la politique d'insertion départementale associant les partenaires institutionnels et associatifs et les personnes en situation de précarité au niveau départemental, et le cas échéant infra-départemental ; existence d'un document stratégique global en matière de politiques de solidarités départementales (de type « schéma unique des solidarités ») assurant la cohérence des politiques sociales entre elles ;
- mise en place, actualisation et diffusion régulière d'un guide recensant les dispositifs de solidarité existants localement et accessibles aux acteurs publics et privés ;
- mise en place d'actions ou d'instances favorisant l'articulation entre la politique de la ville (contrats de ville) et les politiques d'insertion ;
- organisation et animation d'un réseau de « premier accueil social » dans le cadre du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public, afin d'assurer l'accueil et l'orientation des personnes en difficulté sur l'ensemble du territoire ;
- mise en place d'actions visant à une meilleure coordination entre les acteurs de la lutte contre le non-recours (CAF, services de l'Etat, services du département) ;
- signature de conventions avec les agences régionales de santé pour assurer une coordination renforcée autour des personnes souffrant de troubles psychiques en situation d'exclusion ;
- mise en place d'une convention d'accompagnement global avec Pôle Emploi dans le cadre protocole national du 1er avril 2014 ;
- signature d'une convention de partenariat avec les missions locales pour l'accompagnement des jeunes en situation d'exclusion sociale dans le cadre du parcours d'accompagnement contractualisé vers l'emploi et l'autonomie (y compris jeunes pris en charge par l'ASE ou sortants d'ASE, pris en charge par la PJJ ou sortants de PJJ et jeunes sous main de justice) ;
- signature d'une convention avec la région et les OPCA pour la formation des publics en insertion ;
- mobilisation d'un réseau d'entreprises associé aux actions d'insertion menées sur le territoire ;
- recours régulier aux clauses d'insertion dans les marchés publics pilotés par le Département ;
- signature de conventions partenariales avec les CCAS et CIAS du département ;
- mise en place d'une plateforme de ressources départementales regroupant des expertises thématiques mobilisable librement par les acteurs d'insertion du territoire (ex : soutien de



- référents conseils ou ressources en ligne sur les questions de mobilité, d'accès au logement, santé, handicap...)
- mise en place d'un réseau d'animateurs locaux de l'insertion (personnes ressources facilitant les synergies entre dispositifs au niveau local) ;
  - mise en place d'un observatoire social associant les acteurs des politiques d'insertion ;
  - mise en place d'un dispositif d'évaluation visant à mesurer les impacts des actions conduites sur le territoire en matière d'insertion ;
  - mise en œuvre par le département d'un dispositif de soutien à l'innovation sociale ouvert à tous les acteurs de la lutte contre la pauvreté et l'insertion (financement, accompagnement de projets...).

## **2. Priorités nationales en matière de politiques d'insertion**

Le département s'engage à définir et mettre en œuvre au moins quatre actions supplémentaires qui peuvent être constituées de projets nouveaux ou du renforcement d'actions existantes sur le territoire. Deux de ces actions peuvent répondre à des priorités nationales en matière d'insertion et deux peuvent répondre à des priorités d'insertion départementales.

Le département pourra proposer des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités nationales indiquées ci-dessous, dans le respect des compétences de chaque acteur :

- Lutte contre le non-recours et accès aux droits
- Insertion des jeunes
- Lutte contre l'isolement social
- Hébergement et logement, veille sociale (accueils de jour, maraudes, SIAO)
- Accès aux soins
- Prévention des expulsions et maintien dans le logement
- Participation citoyenne aux politiques de solidarité
- Lutte contre la précarité énergétique
- Aide alimentaire
- Lutte contre la fracture numérique
- Lutte contre le décrochage scolaire
- Lutte contre l'illettrisme
- Prévention du surendettement
- Diffusion des valeurs républicaines et prévention de la radicalisation
- Politique de la ville et de revitalisation rurale
- Soutien à l'insertion par l'activité économique, contrats aidés et insertion professionnelle des jeunes
- Accueil, orientation et prise en charge des demandeurs d'asile

Annexe 6 – Fiche contact



**Fonds d'appui aux politiques d'insertion**

**Fiche contact**

Les informations nominatives contenues dans le présent formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette loi donne au bénéficiaire droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

INFORMATIONS GÉNÉRALES DU DÉPARTEMENT (à remplir obligatoirement)

Nom du département :

Nom du président du conseil départemental :

N° SIRET :

Adresse :

Numéro : Rue ou voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Adresse électronique :

Fait à : le :

*[Nom et cachet du signataire - Qualité du signataire – Signature]*



Agence de Services  
et de Paiement

## Fonds d'appui aux politiques d'insertion

### Fiche contact

Les informations nominatives contenues dans le présent formulaire feront l'objet d'un traitement informatisé dans les conditions prévues par la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cette loi donne au bénéficiaire droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

#### INFORMATIONS GÉNÉRALES DE LA MÉTROPOLE (à remplir obligatoirement)

Nom de la métropole :

Nom du président de la métropole :

N° SIRET :

Adresse :

Numéro : Rue ou voie :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Adresse électronique :

Fait à :

le :

*[Nom et cachet du signataire - Qualité du signataire – Signature]*

## SOLIDARITÉS

### DROITS DES FEMMES

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

Délégation générale à l'emploi  
et à la formation professionnelle

*Direction générale de la cohésion sociale*

Service des droits des femmes et de l'égalité

Bureau de l'égalité professionnelle  
entre les femmes et les hommes

#### **Circulaire n° DGCS/B3/DGEFP/DGT/2017/79 du 8 mars 2017 relative à la mise en œuvre du premier plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes**

NOR : AFSA1707233C

*Date d'application* : immédiate.

Examiné par le COMEX JSCS le 9 février 2017.

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

*Résumé* : mise en œuvre du 1<sup>er</sup> plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (PIEP) par les services déconcentrés de l'État et leurs partenaires.

*Mots clés* : égalité professionnelle – égalité femmes-hommes – mixité professionnelle – négociation collective – discriminations.

*Références* :

Instruction n° DGEFP/MPN/DGCS/2017/31 du 27 janvier 2017 relative à la mobilisation des crédits déconcentrés de l'axe 2 du PON FSE au bénéfice de l'égalité salariale et professionnelle ;  
PIEP.

*Annexes* :

Annexe 1. – Le périmètre du 1<sup>er</sup> plan interministériel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ;

Annexe 2. – Modèle de fiche d'évaluation des actions.

*La ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames les directrices régionales aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes ; Mesdames et Monsieur les délégué.e.s départementaux aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes.*

Le premier plan interministériel en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (PIEP 2016-2020) s'inscrit dans la continuité des grandes avancées pour les droits des femmes. Aujourd'hui, les dispositions législatives et réglementaires en faveur de l'égalité professionnelle sont nombreuses. L'atteinte de l'égalité professionnelle constitue l'un des axes visant à rendre effectif le principe d'égalité inscrit dans les lois de la République. Ce premier plan interministériel structure les politiques et les dispositifs en faveur de l'égalité professionnelle, en une politique publique transversale et coordonnée, et favorise le développement d'une culture de l'égalité réelle entre les femmes et les hommes au travail.

Le PIEP a pour ambition de s'attaquer aux inégalités structurelles qui perdurent entre les femmes et les hommes en matière d'insertion professionnelle et d'emploi. Il bénéficie d'un engagement fort du Gouvernement qui poursuit et développe des réformes en matière d'égalité entre les femmes et les hommes, d'articulation entre vie professionnelle et vie personnelle, et de lutte contre le sexisme. Tous les ministères s'engagent à travers ce plan qui a pour périmètre l'ensemble des dispositifs existants sur ce sujet (annexe 1).

Le PIEP poursuit trois finalités stratégiques : créer des emplois ; diminuer le taux de chômage des femmes notamment celles les plus éloignées de l'emploi et/ou en situation précaire ; améliorer la performance économique des entreprises et accompagner les transformations du marché du travail.

La progression des femmes dans le milieu professionnel requiert une interaction vertueuse entre une diversité d'actrices et d'acteurs : pouvoirs publics, employeur.se.s, partenaires sociaux, associations, les femmess. Ce plan offre une vision complète et transversale de la politique d'égalité professionnelle menée par l'État et structure les relations entre les différentes parties prenantes pour nourrir la mobilisation et assurer une action efficace.

Le PIEP est structuré autour de quatre objectifs :

1. Lutter contre les stéréotypes sexistes et encourager la mixité professionnelle.
2. Accompagner le dialogue social et la mise en œuvre de la loi pour assurer l'égalité professionnelle.
3. Garantir les droits des femmes et promouvoir leur accès aux responsabilités professionnelles.
4. Rendre compte de l'action publique partenariale.

Chacun des ministères et des administrations qui y sont attachées sont parties prenantes de ce plan : ils sont appelés à en assurer la mise en œuvre de manière transversale au cours des quatre prochaines années, à contribuer à l'évaluation annuelle et à prévoir les évolutions nécessaires (annexe 2).

Parallèlement à la diffusion du PIEP, cette instruction vise à mettre en exergue les sujets sur lesquels les services déconcentrés sont particulièrement attendus.

## OBJECTIF N° 1 : LUTTER CONTRE LES STÉRÉOTYPES SEXISTES ET ENCOURAGER LA MIXITÉ PROFESSIONNELLE

### **Axe 1 : promouvoir la culture de l'égalité et la mixité tout au long de la scolarité**

Il est essentiel de poursuivre dans chaque académie la déclinaison de la Convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif (pilotage : académies – établissements de l'enseignement supérieur – directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes).

En conformité avec les axes internes à la convention dans le système éducatif, il s'agit de :

- renforcer l'éducation des élèves au respect mutuel et à l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes ;
- s'engager pour une plus grande mixité des filières de formation, à tous les niveaux d'étude ;
- accompagner les professionnel.le.s et les familles et développer des outils de sensibilisation.

### **Axe 2 : un libre choix des métiers tout au long de la vie**

Les actions régionales relatives à la mixité professionnelle entre les femmes et les hommes s'appuient notamment sur les « Territoires d'excellence ». Ce dispositif incitatif fondé sur une convention entre les services déconcentrés de l'État, le conseil régional et le cas échéant d'autres opérateurs, vise à développer des actions de sensibilisation et de formation, à créer des outils, à mettre en œuvre des mesures innovantes ou des expérimentations favorisant la mixité des métiers (pilotage : DIRECCTE/DRDFE).

Le lancement d'un appel à projets fondé sur l'objectif spécifique « Promouvoir et favoriser l'égalité et la mixité professionnelles entre les femmes et les hommes » permet de mobiliser en opportunité les crédits du Fond social européen (axe 2 du Programme opérationnel national FSE 2014-2020). Les modalités de consommation des crédits sont précisées dans l'instruction n° DGEFP/MPN/DGCS/2017/31 du 27 janvier 2017 relative à la mobilisation des crédits déconcentrés de l'axe 2 du PON FSE au bénéfice de l'égalité salariale et professionnelle.

Par ailleurs, afin de répondre aux évolutions du marché du travail, les services déconcentrés de l'État mettent en place des actions avec les organismes accompagnant les entreprises prescriptrices et les publics éloignés de l'emploi :

- une clause de mixité professionnelle pour les publics accompagnés est intégrée dans les conventions signées entre l'État et les organismes de l'insertion par l'activité économique (IAE) (pilottage : DIRECCTE) ;
- sur la base d'une convention locale, un partenariat est développé avec les missions locales pour lutter contre les stéréotypes de sexe dans les choix d'orientation professionnelle des jeunes femmes et des jeunes hommes, mettre en œuvre des actions de partenariat en faveur de l'égalité et de la mixité professionnelle, et lutter contre les discriminations et les violences sexistes (pilottage : DIRECCTE/DRDFE-DDFE).

Enfin, pour permettre une réorientation professionnelle libre de tout stéréotype, les secteurs d'activité prioritaires sont recensés localement au regard du bassin d'emploi et du taux de mixité professionnelle. À partir de ce diagnostic et au regard des besoins exprimés par les structures, un ou plusieurs COMEEP (contrats pour la mixité des emplois et l'égalité professionnelle) peuvent être proposés aux employeurs de droit privé travaillant dans des secteurs d'activité à prédominance masculine. Ces contrats, dont une partie des frais est prise en charge par l'État<sup>1</sup>, permettent de financer des actions de formation et d'adaptation aux postes de travail dans des métiers occupés majoritairement par des hommes (pilottage : DIRECCTE/DRDFE-DDFE).

### **Axe 3 : accompagner la performance des acteur.rice.s économiques**

Afin d'améliorer la performance économique des entreprises<sup>2</sup> et de promouvoir la mixité des métiers à l'échelle territoriale, les services déconcentrés de l'État déploient des plans sectoriels pour la mixité des emplois. Ces plans mobilisent notamment des partenaires institutionnels œuvrant dans le champ de l'emploi, des branches, des fédérations professionnelles et des entreprises dans une logique systémique et avec une attention particulière apportée à la formation initiale et continue des acteurs et des actrices à l'enjeu de la mixité (pilottage : DIRECCTE/DRDFE).

Les 4 plans nationaux pour la promotion de la mixité dans le secteur des transports, dans le secteur du bâtiment, dans le secteur du numérique et dans le secteur des services à la personne sont déclinés territorialement. Ces plans sont les premiers à avoir été signés parmi les dix secteurs d'activité prioritaires, identifiés pour leur faible mixité et leur gisement d'emplois.

Les initiatives locales dans le cadre des EDEC (Engagement pour le développement des emplois et des compétences) Petite enfance et Autonomie, sont également encouragées et accompagnées.

À titre informatif, trois plans sectoriels sont en cours d'élaboration et donneront lieu en 2017 à un déploiement national et territorial : un plan pour la promotion de la mixité dans le secteur du travail social (mesure n° 23 des États généraux du travail social – EGTS) ; un plan mixité pour les métiers de la petite enfance, venant approfondir les actions mises en œuvre dans l'EDEC précité ; un plan mixité dans les « métiers verts », correspondant aux trois secteurs de l'agriculture, de la chasse et de la sylviculture, dans les industries extractives, et de la production et distribution d'électricité, de gaz et d'eau.

La mixité professionnelle est un principe à affirmer et développer dans les différentes instances institutionnelles (pilottage : DIRECCTE/DRDFE-DDFE).

Au sein des comités régionaux de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP), les différents outils promouvant la mixité professionnelle entre les femmes et les hommes (Territoires d'excellence, conventions, COMEEP, plans sectoriels mixité...) sont élaborés et/ou partagés entre les partenaires. Les bonnes pratiques visant « l'égal accès des femmes et des hommes aux filières de formation et la mixité de ces dernières » (L. 6121-2, code du travail), établies par les conseils régionaux dans le cadre du service public régional de la formation professionnelle, sont soutenues (pilottage : DIRECCTE).

<sup>1</sup> Fiche « Le point sur les contrats pour la mixité des emplois et l'égalité professionnelle ».

<sup>2</sup> La mixité professionnelle, définie par une représentation entre 40 et 60% de chaque sexe au sein d'une entreprise, d'un groupe ou d'une branche professionnelle, d'un métier ou d'une famille professionnelle, favorise la performance économique des entreprises (*Women matter 2013, Gender diversity in top management : moving corporate culture, moving boundaries*, McKinsey&Company) : sur la base d'une analyse de 300 entreprises dans le monde, une différence de rentabilité des fonds propres de plus de 40 % et une différence de résultat opérationnel de 56 % sont constatées entre les entreprises qui ont le plus de femmes dans leur comex respectif et celles qui n'en n'ont aucune. Ce lien entre mixité et performance économique se confirme dans quasiment tous les secteurs économiques.

OBJECTIF N° 2 : ACCOMPAGNER LE DIALOGUE SOCIAL ET LA MISE EN ŒUVRE DE LA LOI  
POUR ASSURER L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE

**Axe 4 : le dialogue social au service de l'égalité femmes-hommes**

L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est inscrite dans la loi et fondée sur plusieurs dispositions législatives et réglementaires en matière de diagnostic chiffré sexué, d'accord collectif ou de plan unilatéral d'action, de quotas de sexe dans les conseils d'administration ou les conseils de surveillance.

Afin d'accompagner les entreprises dans la mise en œuvre de la loi, les services de l'État les informent et les sensibilisent aux nouvelles dispositions du décret du 29 juin 2016 relatif aux modalités de consultation des institutions représentatives du personnel, en application des articles 16, 18 et 19 de la loi du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi et de l'article 19 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes relatif aux indicateurs sur la situation comparée des femmes et des hommes (pilottage : DIRECCTE).

Les DIRECCTE contribuent à augmenter le nombre et la qualité des accords relatifs à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail : l'offre de service d'accompagnement des TPE/PME est enrichie par un volet portant sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (guide à venir) ; les entreprises de plus de 50 salarié.e.s et les organisations syndicales peuvent être accompagnées dans la négociation d'accords en matière d'égalité professionnelle et de qualité de vie au travail grâce à un appel à projets relatif à l'objectif spécifique précité « Promouvoir et favoriser l'égalité et la mixité professionnelles entre les femmes et les hommes » du FSE (pilottage : DIRECCTE/DRDFE).

Le dispositif de contrôle des accords relatifs à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail est renforcé. Un plan d'action régional annuel intégrant l'ensemble des leviers afin de faire respecter l'obligation de négociation en matière d'égalité professionnelle au sein des entreprises de plus de 50 salariés (suivi des accords et des plans d'action des entreprises, actions de contrôle de services d'inspection du travail) est mis en œuvre ou approfondi au sein de chaque direction (pilottage : DIRECCTE).

Par ailleurs, les dispositifs incitatifs, complétant la loi en se fondant sur la promotion des actions exemplaires en matière d'égalité professionnelle, sont développés dans les territoires.

Le Réseau national des entreprises et des structures publiques pour l'égalité associe les entreprises du SBF 120, les entreprises et les organismes publics labellisés, afin de diffuser les bonnes pratiques en matière d'égalité professionnelle. Il se réunit trimestriellement en assemblée plénière sous égide de la ministre et en atelier au sein d'une entreprise. À titre d'exemple, les thèmes suivants ont été partagés au niveau national : l'égalité salariale, la gestion des viviers, l'organisation du temps de travail au sein de la structure, l'articulation des temps de vie professionnel et personnel, la lutte contre le harcèlement sexuel.

À l'échelle territoriale, les DRDFE, et le cas échéant les DDFE, réunissent opportunément les établissements locaux des entreprises du SBF 120, les structures publiques et privées souhaitant travailler sur l'égalité et la mixité professionnelles entre les femmes et les hommes (pilottage : DRDFE-DDFE).

Des actions pour promouvoir le label « Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes » (pilottage : DIRECCTE-DRDFE) sont également mises en œuvre.

Des actions pour promouvoir le kit « entreprises engagées contre le sexisme », sont mises en œuvre.

Ce label appartient au dispositif de « l'Alliance ». Il est composé d'un socle commun entre le label Égalité professionnelle et le label Diversité et de modules complémentaires propres à chaque label. Ainsi chaque structure peut candidater à l'un, l'autre ou les deux labels.

En 2016, le nombre d'organismes nouvellement labellisés a été multiplié par 5 par rapport à la moyenne annuelle depuis la création du label Égalité professionnelle<sup>3</sup>. Cette dynamique concerne tous les territoires et tous les types de structures, y compris les TPE/PME. L'objectif est de soutenir cette trajectoire en présentant le dispositif aux structures privées et publiques et en valorisant les organismes labellisés, leur exemplarité servant de rôle modèle aux autres acteurs économiques.

---

<sup>3</sup> Rapport d'activité 2016 du label Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.



### **Axe 5 : développer le partage des responsabilités familiales entre les femmes et les hommes**

Les entreprises de plus de 50 salariés remplissent la partie « Égalité professionnelle entre les femmes et les hommes » de la base de données économiques et sociales (BDES). Elles réalisent un diagnostic et une analyse de la situation respective des femmes et des hommes pour chacune des catégories professionnelles de l'entreprise dans 3 ou 4 domaines d'action selon leur taille. Parmi ces domaines, figure « l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle ».

Les partenaires sociaux sont accompagnés dans leurs négociations sur la conciliation des temps professionnel, familial et personnel, notamment dans le cadre d'actions relevant du volet 1 des Territoires d'excellence<sup>4</sup> (pilotage DIRECCTE/DRDFE). Ces actions peuvent s'inscrire dans le cadre, soit de la négociation obligatoire sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail, soit dans celle sur la rémunération, le temps de travail et le partage de la valeur ajoutée.

Le développement d'expérimentations permettant la garde d'enfants à des horaires atypiques est également encouragé (pilotage : DRDFE-DDFE).

### **Axe 6 : favoriser l'insertion professionnelle des femmes sur l'ensemble des territoires**

Il est essentiel de renforcer les coopérations locales existantes et d'en nouer de nouvelles avec les actrices et acteurs de l'emploi afin de favoriser l'insertion socio-professionnelle des femmes.

Dans les projets locaux de coopération, notamment avec Pôle emploi et les missions locales, les services déconcentrés de l'État précisent les actions afin de lever les freins à l'emploi des femmes et d'améliorer la qualité de leurs emplois (temps partiel, travail précaire, activité réduite...) (pilotage : DIRECCTE/DRDFE-DDFE).

L'accord-cadre État-Pôle emploi en faveur de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes 2015-2018 est décliné à l'échelle territoriale. Un diagnostic territorial partagé est élaboré dans chaque région, avec une déclinaison par bassin d'emplois. La feuille de route annuelle indiquant les priorités, est mise en œuvre (pilotage DIRECCTE/DRDFE).

Le réseau déconcentré des droits des femmes et de l'égalité s'associe, en tant que de besoin, à la formation des équipes de Pôle emploi pour intégrer la promotion de l'égalité professionnelle femmes-hommes, la mixité des métiers, la lutte contre les stéréotypes de genre – qu'ils proviennent du/de la demandeur.e d'emploi, de l'entreprise ou du/de la conseiller.ère – dans la pratique quotidienne des conseiller.ères (formation « Renforcer l'égalité professionnelle et accompagner la mixité des métiers » intégrée au programme des formations) (pilotage DRDFE-DDFE).

L'accompagnement des femmes les plus éloignées de l'emploi et/ou en situation de précarité et les femmes issues des quartiers prioritaires de la politique de la ville, est une priorité.

Une meilleure prise en compte des besoins en matière d'information et d'accès aux droits des habitantes des quartiers prioritaires de la politique de la ville est assurée par les centres d'information sur les droits des femmes et des familles – CIDFF (pilotage DRDFE-DDFE).

## **OBJECTIF N° 3 : GARANTIR LES DROITS DES FEMMES ET PROMOUVOIR LEUR ACCÈS AUX RESPONSABILITÉS PROFESSIONNELLES**

### **Axe 7 : accompagner les femmes entrepreneures**

En 2013, le Gouvernement a lancé le « Plan entreprendre au féminin », fondé sur 3 axes :

1. Sensibiliser, orienter et informer ;
2. Renforcer l'accompagnement des créatrices ;
3. Faciliter l'accès des créatrices au financement.

Le 1<sup>er</sup> Plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la présente circulaire intègrent et renforcent ce dispositif visant à augmenter le taux de créatrices d'entreprise de 30 % à 40 % en 2017.

Les actions visant à sensibiliser à l'entrepreneuriat des femmes dans les collèges, les lycées et l'enseignement supérieur sont développées (pilotage : DRDFE-DDFE).

<sup>4</sup> Accords collectifs en matière d'égalité professionnelle.



Ces actions peuvent s'inscrire dans le cadre de l'organisation de la semaine de sensibilisation à l'entrepreneuriat des femmes avec des femmes cheffes d'entreprises en lien avec l'association 100 000 entrepreneurs, au sein des PEPITE (pôles étudiants pour l'innovation, le transfert et l'entrepreneuriat) ou dans le cadre du parcours Avenir des élèves.

Compte tenu des résultats du Plan entreprendre au féminin 2013-2017 et de la progression significative de femmes dans la création d'entreprise, le PIEP fixe un nouvel objectif : atteindre 40 % de femmes créatrices d'entreprise dans le secteur numérique en 2020.

Afin d'appuyer cette priorité, l'entrepreneuriat des femmes est intégré aux objectifs de chaque acteur territorial œuvrant pour développer la création d'entreprise (pilotage : DIRECCTE/DRDFE).

Un plan d'action régional (PAR) est signé dans chaque région, associant les DRDFE, les DIRECCTE, les conseils régionaux, les métropoles et intercommunalités possédant la compétence développement économique, les directions régionales de la Caisse des dépôts et celles de Bpifrance. La deuxième génération de PAR s'étend également aux directions régionales de Pôle emploi, aux missions locales, aux actrices et acteurs de l'insertion professionnelle, aux chambres consulaires et à tous les réseaux d'accompagnement financier et technique.

Le déploiement du Fonds de garantie à l'initiative des femmes (FGIF), visant à faciliter l'accès au crédit bancaire des femmes pour financer la création, la reprise ou le développement de leur entreprise, est soutenu par l'ensemble des acteurs (pilotage DIRECCTE-DRDFE-CDC

L'engagement de favoriser la création d'entreprises des femmes est également inclus dans les conventions d'objectifs signées entre l'État et les chambres régionales de l'économie sociale et solidaire (RESS) (pilotage : DIRECCTE).

Enfin, l'entrepreneuriat des femmes dans les territoires dits fragiles, soit les quartiers prioritaires de la ville et les territoires ruraux, fait l'objet d'un soutien renforcé (pilotage : DRDFE-DDFE)

Les services déconcentrés de l'État s'appuient notamment sur les « 7 engagements pour améliorer l'accompagnement des créatrices d'entreprise » : une approche spécifique y est développée pour les QPV et les territoires ruraux, mettant en exergue les besoins et les réponses apportées localement par les différents d'accompagnement.

### **Axe 8 : assurer la parité dans les postes à responsabilité**

L'article 1<sup>er</sup> de la Constitution française précise : « La loi favorise l'égal accès des femmes et des hommes aux mandats électoraux et fonctions électives, ainsi qu'aux responsabilités professionnelles et sociales ».

Cette modification au plus haut niveau de la hiérarchie des normes a été transcrite dans trois lois successives : la loi n° 2011-103 du 27 janvier 2011 dite « Copé-Zimmermann » ; la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 dite « Sauvadet » ; la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes. Elles prévoient les modalités de représentation minimale de l'autre sexe dans les conseils d'administration et les conseils de surveillance des entreprises privées, des entreprises et des établissements publics ainsi que le dispositif relatif aux emplois supérieurs laissés à la décision du Gouvernement, aux emplois de direction, aux conseils supérieurs, aux commissions paritaires et aux jurys de recrutement dans les trois fonctions publiques de l'État, territoriale et hospitalière.

### **Axe 9 : la lutte contre les discriminations et les violences dans l'environnement professionnel**

Les discriminations susvisées sont à raison du sexe, de la grossesse et de la situation de famille. En dépit de dispositions dans le code civil et le code pénal, de nombreuses femmes sont encore l'objet de discriminations à l'embauche, lors du renouvellement d'un CDD, ou à leur retour de congé maternité ou parental.

Par ailleurs, les acteurs spécifiques de la lutte contre les discriminations dans l'emploi des femmes sont peu nombreux et peu visibles, car les discriminations dans l'emploi concernant les femmes ne sont souvent qu'une de leurs nombreuses activités<sup>5</sup> (organisations syndicales, délégué-e-s du personnel, associations féministes...). Le Défenseur des droits, notamment, reste encore insuffisamment connu du grand public et du public le plus éloigné du marché du travail, ce qui constitue un frein pour les femmes victimes de discriminations à faire valoir leurs droits<sup>6</sup>.

<sup>5</sup> Rapport « L'accès à l'emploi des femmes : une question de politiques... », sous la direction de Séverine LEMIERE, 2013.

<sup>6</sup> Rapport 2015 du Défenseur des droits : <http://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapport-annuel-dactivite-2015/le-defenseur-des-droits-en-chiffres>. Ainsi, en 2015, sur les 79 592 dossiers traités par le Défenseur des droits, seuls 4,8 % d'entre eux concernaient des réclamations pour discriminations en raison de la grossesse, 4,4 % en raison du sexe et 4,4 % en raison de la situation familiale (soit 13,6 % au total).

Pour prévenir et lutter contre les discriminations contre les femmes à l'embauche et dans l'emploi, il convient d'adopter plusieurs orientations :

Les services de l'État sensibilisent et forment à la prévention des discriminations les employeurs de droit privé et public (pilotage : DIRECCTE/DRDFE).

En lien avec les organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), des actions sont notamment développées en direction des personnes en charge du recrutement et de la gestion des carrières dans les entreprises, et des conseillers.ères emploi du service public de l'emploi. Les labels Égalité professionnelle et Diversité ainsi que les conventions existantes avec les intermédiaires de l'emploi, servent opportunément d'appui à ces actions.

Par ailleurs, le code pénal définit et sanctionne les violences suivantes (par ordre alphabétique) : l'agression sexuelle, la diffamation publique et non publique, la diffusion des images contraires à la décence, la discrimination pour avoir subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel ou témoigné de tels faits, l'exhibition sexuelle, le harcèlement moral, le harcèlement téléphonique, l'injure publique et non publique, le viol, les violences n'ayant pas entraîné une incapacité totale de travail et les violences ayant pas entraîné une incapacité totale de travail. Il est essentiel de lutter contre ces différents types de violences contre les femmes, dans le milieu professionnel.

Les services de l'État informent, sensibilisent et forment les différents actrices et acteurs au sein des organismes privés et publics sur l'agissement sexiste, le harcèlement sexuel et les violences au travail (pilotage : DIRECCTE-DRDFE).

Les formations développées, peuvent cibler les membres du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), dont les partenaires sociaux, les agent.e.s des DIRECCTE/l'inspection du travail, les caisses régionales d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), les services de santé, les services de police, les avocat.e.s, les magistrat.e.s, les organisations syndicales. Ces actions peuvent encore concerner les dirigeant.e.s de structures, les responsables des ressources humaines, les managers, et, les salarié.e.s et agent.e.s, sous l'impulsion du CHSCT (pilotage : DIRECCTE).

Des actions de présentation et de diffusion du kit « Pour agir contre le sexisme en entreprise sont mises en place, en lien, notamment, avec les organismes consulaires (CCI, CMA, CA).

Dans le secteur privé, les services de l'État veillent à la diffusion et à la mise en œuvre de la nouvelle obligation législative (article 4 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), visant à intégrer dans le règlement intérieur des entreprises les dispositions relatives aux harcèlements moral et sexuel, et aux agissements sexistes<sup>7</sup> (pilotage : DIRECCTE/Inspection du travail).

Enfin, une femme sur 10 déclare avoir été victime de violences conjugales<sup>8</sup>, les femmes qui ne sont pas ou plus en emploi subissant davantage de violences que les femmes actives occupées.

Les violences contre les femmes constituent un frein important à leur insertion professionnelle. Or cette situation n'est que très rarement prise en compte lors de l'accompagnement vers l'emploi.

Les services de l'État veillent à l'insertion professionnelle des femmes victimes de violences (pilotage : DIRECCTE/DRDFE). En partenariat avec le conseil régional, des actions sont développées pour sensibiliser le service public de l'emploi et les différents acteurs œuvrant sur ce champ aux freins spécifiques à l'accès à l'emploi des femmes victimes de violences. Les modes d'accompagnement innovants et les dispositifs prenant en compte la spécificité des freins à l'accès à l'emploi des femmes victimes de violences, sont encouragés.

## OBJECTIF N° 4 : RENDRE COMPTE DE L'ACTION PUBLIQUE PARTENARIALE

### **Axe 10 : proposer un cadre ouvert à l'ensemble des acteur.ice.s et des bénéficiaires**

Un pilotage régulier de la mise en œuvre du plan interministériel est confié à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) et à son réseau déconcentré des droits des femmes et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

L'action des réseaux œuvrant en faveur de l'égalité professionnelle, en partenariat et appui du réseau des droits des femmes et de l'égalité est valorisée.

<sup>7</sup> Article L. 1321-2 du code du travail.

<sup>8</sup> Source : Enquête nationale sur les violences faites aux femmes ENVEFF, 2010.

### **Axe 11 : organiser l'action interministérielle et partenariale au niveau national et territorial**

La politique de l'égalité entre les femmes et les hommes vise à mobiliser l'ensemble des acteurs publics, dans une approche interministérielle et partenariale, en faveur des objectifs décrits dans le PIEP. Cette approche dite « intégrée » associe une action transversale et une action spécifique :

- transversale, en prenant en compte l'objectif d'égalité entre les femmes et les hommes dans la conception et la mise en œuvre de toutes les politiques publiques ;
- spécifique, pour développer les mesures positives en faveur des femmes rendues nécessaires par la persistance d'inégalités les concernant, à titre d'exemple : mettre en place des dispositifs particuliers pour l'orientation des filles et des garçons, des femmes et des hommes ; lutter contre les stéréotypes de sexe et favoriser la mixité des emplois ; accompagner l'accès ou le retour à l'emploi de qualité ; promouvoir la création d'entreprise ; lutter contre le sexisme, les discriminations et les violences à l'égard des femmes dans le milieu du travail.

Sous l'autorité du préfet de région et des préfets de départements, le PIEP est mis en œuvre dans l'ensemble des territoires par :

- les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DECCTE) ;
- les directions régionales aux droits des femmes et à l'égalité (DRDFE) ;
- les délégations départementales aux droits des femmes et à l'égalité (DDDFE) ;
- les référent-e-s « politique de la ville » en charge de l'égalité femmes-hommes, travaillant en partenariat avec les personnes en charge de cette thématique au sein des collectivités locales ;
- le réseau des chargé.e.s de mission Égalité entre les femmes et les hommes au sein des conseils régionaux, des conseils départementaux, des intercommunalités et des villes ;
- le réseau d'appui à la politique d'égalité femmes-hommes au sein des directions régionales de la CDC ;
- le réseau des référent.e.s mixité au sein de Pôle emploi ;
- le réseau des missions locales.

À l'échelle territoriale, la politique publique de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est inscrite dans la stratégie et dans la priorité transversale « Emploi » du partenariat État-Région. Elle permet ainsi la mise en cohérence des politiques publiques sur les territoires et offrent un cadre de partenariat privilégié entre l'État, les Régions et les collectivités infrarégionales pour optimiser les investissements en faveur du développement des territoires, de l'emploi local et de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la sphère du travail.

L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est inscrite dans le schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation (SRDEII)<sup>9</sup>, instauré par la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République (NOTRe) et définissant le cadre d'intervention pour l'action économique de la région.

La politique d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est fondée sur un diagnostic territorial global de l'emploi, intégrant une approche sexuée. Ce diagnostic sexué est réalisé par les DIRECCTE, en partenariat avec les DRDFE. Présenté une fois par an au sein du comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP), il permet d'objectiver les besoins et d'identifier les réponses à l'emploi des femmes (pilotage DIRECCTE).

Au sein du service public de l'emploi (SPE), un bilan d'étape sur la politique d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est présenté en formation stratégique une fois par an par la DIRECCTE et la DRDFE, en région, la délégation départementale des droits des femmes et de l'égalité en département (SPED) et/ou dans certains arrondissements (SPE de proximité). Ce bilan retrace les progrès en matière d'insertion et d'emploi des femmes, de réduction des inégalités entre

<sup>9</sup> Article L. 4251-13 du Code général des collectivités territoriales : « La région élabore un schéma régional de développement économique, d'innovation et d'internationalisation.

Ce schéma définit les orientations en matière d'aides aux entreprises, de soutien à l'internationalisation et d'aides à l'investissement immobilier et à l'innovation des entreprises, ainsi que les orientations relatives à l'attractivité du territoire régional. Il définit les orientations en matière de développement de l'économie sociale et solidaire, en s'appuyant notamment sur les propositions formulées au cours des conférences régionales de l'économie sociale et solidaire.

Le schéma organise, sur le territoire régional, la complémentarité des actions menées par la région en matière d'aides aux entreprises avec les actions menées par les collectivités territoriales et leurs groupements, en application des articles L. 1511-3, L. 1511-7 et L. 1511-8, du titre V du livre II de la deuxième partie et du titre III du livre II de la troisième partie.

Les orientations du schéma favorisent un développement économique innovant, durable et équilibré du territoire de la région ainsi que le maintien des activités économiques exercées en son sein.

Le schéma fixe les actions menées par la région en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.

Le schéma peut contenir un volet transfrontalier élaboré en concertation avec les collectivités territoriales des États limitrophes.

Le schéma peut contenir un volet sur les orientations en matière d'aides au développement des activités agricoles, artisanales, industrielles, pastorales et forestières ».

les femmes et les hommes au travail et de développement de la mixité professionnelle dans les territoires. Les représentant.e.s du réseau déconcentré des droits des femmes et de l'égalité participent au SPE en formation technique afin de l'élaborer durant l'année (pilotage DIRECCTE-DRDFE).

Le Conseil départemental de l'insertion par l'activité économique associe le-la déléguée.e départementale.e aux droits des femmes et à l'égalité dans ses travaux. Les DDFE participent notamment à l'élaboration du plan d'action pour l'IAE et au choix des actions à mener (pilotage : DIRECCTE).

En parallèle, en matière d'action spécifique, la direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité développe le volet égalité professionnelle de l'action de l'État.

La DRDFE construit dans le volet égalité professionnelle de la Programmation interministérielle aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes (PIDFE), un plan d'action territorial intégrant les différentes dimensions de l'insertion professionnelle, de l'emploi, de la mixité des métiers et de l'entrepreneuriat associant les DIRECCTE, la CDC, les directions régionales et territoriales de Pôle emploi, les missions locales, les OPCA, les partenaires sociaux, les entreprises et les partenaires associatifs (pilotage : DRDFE).

### **Axe 12 : offrir un suivi et une évaluation continus de l'action publique en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes**

Un suivi des différents dispositifs est assuré au niveau régional par les DIRECCTE et les DRDFE. Les résultats sont collectés par enquêtes annuelles thématiques à partir du modèle de fiche d'évaluation joint (annexe 2).

L'évaluation nationale annuelle est réalisée par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), chargée d'assurer le pilotage de la mise en œuvre du plan interministériel. Cette évaluation est présentée chaque année au CSEP.

Au terme des cinq années du 1<sup>er</sup> plan interministériel à l'égalité professionnelle, l'évaluation finale est réalisée par l'IGAS et présentée au Conseil supérieur de l'égalité professionnelle (CSEP).

*La ministre du travail, de l'emploi,  
de la formation professionnelle  
et du dialogue social,  
MYRIAM EL KHOMRI*

*La ministre des familles,  
de l'enfance  
et des droits des femmes,  
LAURENCE ROSSIGNOL*

## ANNEXE 1

### LE PLAN INTERMINISTÉRIEL EN FAVEUR DE L'ÉGALITÉ PROFESSIONNELLE ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES (PIEP) A POUR PÉRIMÈTRE L'ENSEMBLE DES DISPOSITIFS EXISTANTS

Lois en matière d'égalité au travail dans les secteurs privé et public.

Plans : le plan « Mixité » et le plan « Entreprendre au féminin ».

Accords-cadres :

- protocole d'accord relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique du 8 mars 2013 ;
- charte pour la promotion de l'égalité et la lutte contre les discriminations dans la fonction publique DGAFP-DDD du 17 décembre 2013 ;
- convention interministérielle pour l'égalité entre les filles et les garçons, les femmes et les hommes dans le système éducatif 2013-2018 ;
- accord-cadre DGCS-DGEFP-Pôle emploi 2015-2018.

Dispositifs incitatifs :

- appels à projets dans le cadre de la programmation 2014-2020 du PON FSE « Promouvoir et favoriser l'égalité et la mixité professionnelles entre les femmes et les hommes » ;
- label Égalité professionnelle dans le cadre de l'Alliance avec le label Diversité ;
- « Territoires d'excellence » ;
- réseau des entreprises et des structures publiques pour l'égalité.

Par ailleurs, ce plan s'articule avec d'autres dispositifs :

- plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et l'inclusion sociale (2013-2017) ;
- plan d'urgence contre le chômage, lancé en janvier 2016 ;
- 5<sup>e</sup> lan interministériel de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes : le 5<sup>e</sup> plan intègre l'axe 9 du PIEP, réunissant les mesures relatives à la lutte contre le sexisme, les discriminations et les violences à l'encontre des femmes dans le champ du travail ;
- les trois comités interministériels à l'égalité et à la citoyenneté (CIEC) ; et les comités interministériels aux ruralités, notamment celui du 13 mars 2015 ;
- les mesures arrêtées sur ce champ dans les feuilles de route ministérielles, issues des conférences de l'égalité pour 2016-2017 ;
- le kit « Agir contre le sexisme en entreprise ».

ANNEXE 2

MODÈLE DE FICHE D'ÉVALUATION DES ACTIONS

**Fiche action**

Rappel : recensement des actions dans le cadre du premier plan interministériel à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes (PIEP).

Titre de l'action	
Territoire concerné	Région : Département : Ville :

Objectifs du PIEP (cocher plusieurs cases si nécessaire)	1. Lutter contre les stéréotypes sexistes et encourager à la mixité professionnelle	2. Améliorer l'insertion professionnelle des femmes et promouvoir l'égalité dans l'emploi entre les femmes et les hommes	3. Prévenir et lutter contre le sexisme, les discriminations, les violences à l'encontre des femmes dans le champ du travail	4. Structurer l'action publique en matière d'égalité professionnelle
Axe à préciser				

Pilote de l'action :	
Partenaires mobilisés (collectivités territoriales, associations, entreprises...) :	
Constats de départ/diagnostic :	
Objectifs de l'action :	
Description de l'action : Donnez des précisions sur la mise en œuvre de l'action, son déroulement, les outils utilisés	
Public cible : (nombre)	
Calendrier :	
Financement : (coût de l'action et co-financeurs)	
Modalités de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs de résultats et d'impact :	
1 <sup>er</sup> bilan le cas échéant (leviers, freins, résultats, impact, transférabilité) :	
Contacts, personnes ressources-coordonnées	



## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Midi-Pyrénées**

NOR : AFSS1730111A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 26 décembre 2011 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Haute-Garonne, du Tarn, de l'Ariège, de l'Aveyron, du Gers, des Hautes-Pyrénées, du Lot et de Tarn-et-Garonne au sein du conseil d'administration de l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Midi-Pyrénées ;

Vu l'arrêté du 27 Août 2015 portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Ariège et du Tarn-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Midi-Pyrénées,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommé membre du conseil départemental de l'Ariège auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Midi-Pyrénées, sur désignation de la CGT-FO : M. DEDIEU (Thierry), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de Mme PONT-FASSEUR (Francine).

Est nommé membre du conseil départemental du Tarn-et-Garonne auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Midi-Pyrénées, sur désignation du MEDEF : M. PEARD (Yves-Marie), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. BECQUET (Joël).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres des conseils départementaux du Cher et du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre**

NOR : AFSS1730112A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux du Cher, d'Eure-et-Loir, d'Indre, d'Indre-et-Loire, de Loir-et-Cher et du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommé membre du conseil départemental du Cher auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre, sur désignation de la CGT-FO : M. PINSON (Patrick), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. LATOUR (Henry).

Est nommé membre du conseil départemental du Loiret auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Centre, sur désignation de la CFDT : M. LOPEZ (Jean-Antoine), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de M. TERRIER (Christian).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON



## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Corrèze auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin**

NOR : AFSS1730113A

La ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Creuse, de la Corrèze et de la Haute-Vienne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Limousin ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommée membre du conseil départemental de la Corrèze auprès du conseil d'administration de l'URSSAF du Limousin, sur désignation de la CPME : Mme LAVASTROU (Carole), en qualité de conseillère titulaire, représentant les travailleurs indépendants, en remplacement de M. LEFRANC (Philippe).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres du conseil départemental du Haut-Rhin auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Alsace**

NOR : AFSS1730114A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux du Bas-Rhin et du Haut-Rhin auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales d'Alsace ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil départemental du Haut-Rhin auprès du conseil d'administration de l'URSSAF d'Alsace, sur désignation du MEDEF :

Mme BUYAT-PIOT (Virginie), en qualité de conseillère titulaire, en remplacement de M. LALLEMAND (François).

M. JACHEZ (Hervé), en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. BORIN (Jean-Michel).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres du conseil départemental de l'Hérault auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon**

NOR : AFSS1730115A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination de membres des conseils départementaux de l'Aude, du Gard, de l'Hérault et des Pyrénées-Orientales auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon ;

Vu l'arrêté du 6 décembre 2013 portant nomination d'un membre du conseil départemental de l'Hérault auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales du Languedoc-Roussillon,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil départemental de l'Hérault, auprès du conseil d'administration de l'URSSAF du Languedoc-Roussillon, sur désignation de la CPME :

M. MONTERO (Edouard), en qualité de conseiller titulaire, représentant les employeurs, en remplacement de M. CHICAYA (Michel).

M. CHICAYA (Michel), en qualité de conseiller suppléant, représentant les employeurs, en remplacement de M. MONTERO (Edouard).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne**

NOR : AFSS1730116A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 13 février 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux des Ardennes, de l'Aube et de la Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne ;

Vu l'arrêté du 22 avril 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Marne et de la Haute-Marne auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Champagne-Ardenne,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil départemental de la Marne auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Champagne-Ardenne, sur désignation de la CPME :

M. LABESTE (François), en qualité de conseiller titulaire, représentant les employeurs, en remplacement de Mme BLEYER (Marie-France).

M. COUSTILLET (Jean-Michel), en qualité de conseiller suppléant, représentant les employeurs, en remplacement de M. KARIM (Mohamed Moustapha).

Mme JACOB (Séverine), en qualité de conseillère titulaire, représentant les travailleurs indépendants, en remplacement de M. CONTARDO (Antoine).

Mme PETERMANN (Valérie), en qualité de conseillère suppléante, représentant les travailleurs indépendants, en remplacement de M. CALIO (Dominique).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil départemental de la Meuse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Lorraine**

NOR : AFSS1730117A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu les arrêtés du 21 décembre 2012 et du 21 février 2014 portant nomination des membres des conseils départementaux de la Meuse, de la Meurthe-et-Moselle, de la Moselle et des Vosges auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Lorraine ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommé membre du conseil départemental de la Meuse auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Lorraine, sur désignation de la CGT-FO : M. BRIAUX (Yves), en qualité de conseiller titulaire, en remplacement de Mme CHEVALIER (Nathalie).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité*.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil départemental du Calvados au sein du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Basse-Normandie**

NOR : AFSS1730118A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 6 décembre 2013 portant nomination de membres du conseil départemental du Calvados au sein du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Basse-Normandie,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommée membre du conseil départemental du Calvados auprès du conseil d'administration de l'URSSAF de Basse-Normandie, sur désignation de la CFTC : Mme DUREL (Sylvie), en qualité de conseillère titulaire, en remplacement de M. GAUME (Fabrice).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil départemental du Nord auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Nord-Pas-de-Calais**

NOR : AFSS1730119A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 portant nomination des membres des conseils départementaux du Nord et du Pas-de-Calais auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales Nord-Pas-de-Calais ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommée membre du conseil départemental du Nord auprès du conseil d'administration de l'URSSAF Nord-Pas-de-Calais, sur désignation de la CFTC : Mme MATHIEU (Marie-Christine), en qualité de conseillère suppléante, en remplacement de M. NEYRET (Gérard).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination de membres du conseil départemental de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes**

NOR : AFSS1730120A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux de l'Ain, de l'Ardèche, de la Drôme, de la Haute-Savoie, de l'Isère, de la Loire, du Rhône et de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Sont nommés membres du conseil départemental de la Savoie auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Rhône-Alpes :

##### *Sur désignation de la CFTC*

M. BESSON (Gérard), en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. ROUBIOL (Dominique).

##### *Sur désignation de la CFE-CGC*

M. FAQUIN (Bernard), en qualité de conseiller suppléant, en remplacement de M. TAILLANDIER (Jean-Claude).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON



## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 10 mars 2017 portant nomination d'un membre du conseil départemental de Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur**

NOR : AFSS1730121A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles L. 231-6, L. 231-6-1 et D. 213-7 ;

Vu l'arrêté du 13 décembre 2013 portant nomination des membres des conseils départementaux des Alpes-de-Haute-Provence, des Alpes-Maritimes, des Bouches-du-Rhône, des Hautes-Alpes, du Var et de Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur ;

Vu les désignations auxquelles ont procédé les organisations et institutions en application de l'article D. 213-7 du code de la sécurité sociale, transmises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale,

Arrêtent :

#### Article 1<sup>er</sup>

Est nommée membre du conseil départemental de Vaucluse auprès du conseil d'administration de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales de Provence-Alpes-Côte d'Azur, sur désignation de l'U2P : Mme BOUREZG (Marie), en qualité de conseillère titulaire, représentant les travailleurs indépendants, en remplacement de Mme LECONTE (Claudine).

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 10 mars 2017.

Pour les ministres et par délégation :  
Pour le directeur de la sécurité sociale :  
*Le chef de service, adjoint au directeur,*  
J. BOSREDON

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 29 mars 2017 portant désignation d'une personnalité qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger**

NOR : AFSS1730137A

La ministre des affaires sociales et de la santé,  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 766-5 et R. 766-6,

Arrête :

#### Article 1<sup>er</sup>

Mme Élise DEBIES, directrice des relations internationales et de la coordination de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est désignée en tant que personne qualifiée admise à assister aux séances du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger, en remplacement de Mme Michèle MUHR.

#### Article 2

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 mars 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
*La cheffe de service,*  
*adjointe au directeur de la sécurité sociale,*  
M. DAUDÉ

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction financement du système de soins

Bureau des produits de santé (1C)

*Direction générale de l'offre de soins*

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

Bureau qualité et sécurité des soins

*Direction générale de la santé*

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

Bureau du médicament (PP2)

#### **Note d'information n° DGOS/PF2/DGS/PP2/DSS/1C/2017/117 du 3 avril 2017 relative à la continuité de la prise en charge d'OPDIVO® nivolumab dans le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) de type non épidermoïde**

NOR : AFSH1710456N

*Date d'application* : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 3 février 2017. – N° 18.

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

*Résumé* : cette note d'information a pour objet de préciser l'application de certaines dispositions prévues dans l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 pour la prise en charge d'OPDIVO® nivolumab dans l'indication CBNPC de type non épidermoïde qui a bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation, mais ne fait pas partie des indications inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale suite à la publication de l'arrêté du 22 décembre 2016.

*Mots clés* : OPDIVO® – nivolumab – cancer bronchique non à petites cellules non épidermoïde – post-ATU – liste en sus – loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

*Références* :

Article L. 5121-12 du code de la santé publique ;

Article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 décembre 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 décembre 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics ;

Circulaire n° DGS/DSS/DGOS/PP2/C/PF2/2014/144 du 8 juillet 2014 relative aux conditions de mise en œuvre des dispositions de l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 concernant la fourniture, l'achat, l'utilisation, la prise en charge, les modalités de vente au public et les modalités de financement hospitalier des médicaments ayant fait l'objet

d'autorisations temporaires d'utilisation mentionnées à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché, passée la date de fin de l'autorisation temporaire d'utilisation fixée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs de caisse d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique ; Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque.*

## 1. Contexte

Une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de cohorte a été délivrée par l'ANSM pour OPDIVO® nivolumab dans le mélanome et le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) épidermoïde et non épidermoïde en décembre 2014.

Suite à l'obtention de son autorisation de mise sur le marché (AMM), la date de fin d'effet de l'ATU de cohorte a été fixée par l'ANSM au 1<sup>er</sup> septembre 2015. Après cette date, OPDIVO® bénéficie des dispositions de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale (dispositif dit post-ATU) dans ces 3 indications.

Selon les dispositions antérieures du code de la sécurité sociale, la publication au *Journal officiel* du 27 décembre 2016, de l'arrêté du 22 décembre 2016 portant inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics, de l'arrêté du 22 décembre 2016 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'avis de tarif de responsabilité pour OPDIVO® dans les deux premières indications (mélanome et CBNPC de type épidermoïde) mettait un terme au dispositif post ATU pour les 3 indications concernées par le dispositif.

Or, les dispositions introduites par l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale 2017 prévoient une continuité de la prise en charge des indications thérapeutiques d'un médicament dont le remboursement s'effectue à la fois au titre d'une prise en charge de « droit commun » (*via* en l'espèce une inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics) et en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale.

## 2. Condition de prise en charge de l'indication thérapeutique d'OPDIVO® nivolumab dans le cancer bronchique non à petites cellules de type non épidermoïde

### a) À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a modifié l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit désormais que, pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, la prise en charge dans le cadre du dispositif dit post-ATU dure jusqu'à ce qu'une décision relative à l'inscription de cette indication, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics soit prise et, si un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité soit publié.

OPDIVO® nivolumab a obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne dans l'indication cancer bronchique non à petites cellules. Toutefois, à ce jour, seule l'indication CBNPC de type épidermoïde a fait l'objet d'une inscription au titre des arrêtés cités *supra* sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics et sur la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Dans l'attente du résultat de l'évaluation actuellement menée par la Commission de la transparence et d'une décision sur la prise en charge « de droit commun », en application du III de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 97 de la LFSS pour 2017, l'indication d'OPDIVO® nivolumab CBNPC de type non épidermoïde peut continuer à être prise en charge par l'assurance maladie dans le cadre du « post-ATU ».

Cette prise en charge au titre du III de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale prend fin dès la prise d'une décision relative à l'inscription de la spécialité OPDIVO® nivolumab dans

l'indication CBNPC de type non épidermoïde, sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics et, le cas échéant si un tel avis est prévu, lors de la publication d'un avis de fixation du tarif de responsabilité pour cette indication.

Il est rappelé que, jusqu'à la fin de la prise en charge dans le cadre du dispositif dit post-ATU, les établissements de santé restent soumis aux obligations relatives au protocole d'utilisation, au recueil d'informations et à la transmission des données de suivi des patients traités pour cette indication.

b) Entre l'entrée en vigueur des arrêtés de prise en charge du 22 décembre 2016 et avis de tarif pour les premières indications d'OPDIVO et le 1<sup>er</sup> janvier 2017

À titre dérogatoire et par anticipation des nouvelles dispositions prévues par l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale suite à la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, la prise en charge d'OPDIVO® nivolumab dans l'indication cancer bronchique non à petites cellules de type non épidermoïde est réalisée telle que décrite ci-dessus.

Nous remercions les directeurs d'établissements de santé de bien vouloir transmettre cette instruction aux prescripteurs concernés, aux pharmaciens et aux médecins du département d'information médicale.

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

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général de la santé,*  
B. VALLET

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

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

**Liste des agents de contrôle de la branche famille 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 : AFSX1730127K

PRÉNOM	NOM	DATE de naissance	CAF	DATE de délivrance de l'autorisation provisoire
Louis Andy	ATTIAVE	23 juillet 1976	La Réunion	9 mars 2017

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV  
Caisse nationale d'assurance vieillesse

**Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité**

NOR : AFSX1730141K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE du renouvellement de l'agrément provisoire
ABRANEL	Florence	23 juin 1981	Nord-Picardie	1 <sup>er</sup> mars 2017
BOURRIQUEN-FOREST	Bérénice	28 décembre 1968	Pays de la Loire	1 <sup>er</sup> mars 2017

## PROTECTION SOCIALE

### ASSURANCE MALADIE, MATERNITÉ, DÉCÈS

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

#### **Référentiel de contrôle du 22 mars 2017 établi par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et relatif à la prise en charge des frais de santé**

NOR : AFSS1730183X

La protection universelle maladie a pour objectif d'achever le processus d'universalisation de la prise en charge des frais de santé en assurant sa continuité et son effectivité tout au long de la vie des assurés, par-delà les changements de situation professionnelle et de situation familiale.

Historiquement, l'affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale, en vue d'assurer notamment la prise en charge des frais de santé, dépendait principalement de l'existence d'une activité professionnelle, sous condition de durée et de temps de travail.

Différents dispositifs juridiques ont toutefois été construits afin de couvrir ceux qui n'exerçaient pas d'activité professionnelle. Tout d'abord, l'ouverture de droits d'un assuré actif s'étendait également aux membres de sa famille (conjoint, enfants, le cas échéant d'autres membres de la famille) qui lui étaient alors rattachés sous la forme d'« ayants droit » dès lors que ceux-ci n'exerçaient pas eux-mêmes une activité professionnelle. Ensuite, un système de maintien de droits permettait aux personnes perdant leur emploi de conserver leur affiliation pour une durée limitée dans le temps. Les textes législatifs et réglementaires procédaient enfin au rattachement au régime général de différentes catégories de personnes telles les personnes détenues, les pupilles de la Nation ou certains allocataires afin de leur ouvrir des droits aux prestations.

Pour couvrir les personnes sans activité professionnelle et ne bénéficiant à aucun autre titre d'une couverture maladie, et en remplacement de dispositions spécifiques particulières dont ils pouvaient bénéficier au cas par cas, la couverture maladie universelle de base (CMU-b) a été créée en 1999 pour compléter le dispositif en s'affranchissant de cette logique d'affiliation fondée sur l'activité professionnelle et pour garantir, sous forme subsidiaire, à toute personne résidant en France le droit au remboursement des frais de santé.

Dès lors, les vérifications administratives réalisées précédemment par les caisses d'assurance maladie visaient à déterminer périodiquement, dans le cadre d'un processus global de gestion des droits des assurés de chaque caisse ou régime, le statut permettant d'affilier la personne au sein de cette caisse ou de ce régime, alors même que *in fine* la résidence stable et régulière ouvrait droit en dernier recours à l'assurance maladie. La situation des assurés pouvant changer, ces opérations étaient effectuées chaque année et des justificatifs demandés le cas échéant aux bénéficiaires pour rechercher à quel titre leurs droits étaient ouverts auprès du régime et s'il ne convenait pas de les changer de statut.

La protection universelle maladie garantit désormais que toute personne qui exerce une activité professionnelle en France ou perçoit des revenus de remplacement au titre d'une telle activité ou, à défaut, qui réside en France de manière stable et régulière bénéficie du droit à la prise en charge de ses frais de santé. Le dispositif d'acquisition des droits à l'assurance maladie française est ainsi simplifié et les différents statuts permettant l'affiliation, réduits à ces deux seules caractéristiques. Concrètement, les droits acquis lors de l'affiliation initiale à la sécurité sociale sont réputés continus tout au long de la vie de l'assuré dès lors qu'il travaille ou réside en France et quels que soient les changements professionnels ou familiaux vécus.

Ce changement de paradigme induit une forte évolution du dispositif de contrôle des caisses d'assurance maladie afin de l'adapter aux nouveaux enjeux et finalités liés à la protection universelle maladie. En effet, l'objectif n'est plus de déterminer annuellement à quel titre un assuré bénéficie de droits ouverts mais de s'assurer que personne ne bénéficie à tort de l'assurance maladie française. Autrement dit, il s'agit de s'assurer à l'entrée dans la protection universelle maladie de l'éligibilité de la personne au droit à la prise en charge de ses frais de santé et de suspendre ce droit à toute personne qui viendrait à relever, parce qu'il habite ou travaille dorénavant à l'étranger, d'une législation de sécurité sociale autre que celle de la France.

De nouvelles finalités doivent désormais être visées, en capitalisant sur les moyens existants au sein des caisses mais en s'appuyant aussi sur des modalités techniques adaptées.



Dans ce nouveau dispositif d'ensemble, le fondement des droits solidairement mis en œuvre continue d'être le civisme des assurés, lequel est par conséquent réputé par principe. Aussi, l'action des caisses sera structurée autour :

- de la bonne gestion des démarches déclaratives incombant aux assurés pour l'ouverture et la fermeture de leurs droits. L'enjeu amont est la mise à disposition d'informations accessibles, de formulaires opposables et aussi directs que possible, élaborés en lien avec la tutelle, et de moyens d'accès simples et facilités, notamment par le biais des portails assurés ; les caisses veilleront à la bonne application des règles ainsi fixées en vérifiant les informations et justificatifs produits dans ce cadre par les assurés ;
- de la mise en œuvre de plans de contrôle face aux potentielles irrégularités ou omissions déclaratives, fortuites ou intentionnelles. Comme pour l'ensemble des contrôles des administrations, ces contrôles auront un triple objectif dont les trois aspects s'autorenforcent : « financier », afin de récupérer des sommes indûment exposées par les caisses ; « d'équité », afin que l'ensemble des assurés soient traités de la même manière ; et « pédagogique », afin de conforter les comportements civiques et dissuader les fraudes. Ces contrôles seront fondés sur l'identification des différents risques d'irrégularités et leurs impacts, sur l'évaluation de leur intensité pour les différentes catégories d'assurés pouvant être construites en fonction des différentes informations dont les organismes disposent ou peuvent obtenir, et au vu de ces éléments sur la mise en œuvre de contrôles adaptés en termes de diligence ou de fréquence.

L'article L. 114-10-3 du code de la sécurité sociale dispose qu'il revient à l'UNCAM d'établir un référentiel, qui précise les modalités de contrôle appliquées par les organismes assurant la prise en charge des frais de santé, ce référentiel étant ensuite homologué par l'État.

Ce référentiel est pris en application du décret n° 2017-240 du 24 février 2017 relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie qui précise les conditions de régularité du séjour applicables aux personnes étrangères pour accéder à la prise en charge de frais de santé au titre de la protection universelle maladie et détermine les modalités de contrôle et les conséquences de ces contrôles en termes de fermeture des droits.

Le présent document correspond à la première version de ce référentiel de contrôle. Il est mis en œuvre dans le cadre décrit par les lois et règlements applicables. Il a pour objectif d'explicitier les contrôles attendus *a minima* par les caisses d'assurance maladie et induits par les nouveaux enjeux liés à la protection universelle maladie. Il décrit également l'outillage mobilisable à ces fins, à court terme et à plus long terme dans la perspective de l'évolution des systèmes d'information. Il est, le cas échéant et dans le cadre fixé par les lois et règlements applicables, précisé par les lettres réseaux internes à chacun des régimes détaillant de façon opérationnelle la mise en œuvre de ce référentiel.

### **1. L'ouverture des droits à l'assurance maladie française**

Celle-ci coïncide, lorsqu'il s'agit d'une première ouverture de droits, avec l'immatriculation de tout bénéficiaire de l'assurance maladie, soit au moment de sa naissance sur le territoire, soit, dans les autres cas, au moment où il vient ultérieurement travailler ou résider en France. Elle concerne également les personnes, déjà connues précédemment par l'assurance maladie et donc immatriculées, de retour en France. Pour ces situations, la protection universelle maladie n'a rien changé, si ce n'est actualiser et préciser les formalités administratives exigées dans le cadre de la démarche particulière de demande d'ouverture de droits à l'assurance maladie qui leur est maintenant réservée.

Pour les personnes nées sur le territoire, l'ouverture des droits reste automatique tant qu'elles demeurent en France, avec l'immatriculation dès la naissance et l'affiliation de l'enfant en tant qu'ayant droit mineur de ses parents.

Pour les demandes d'ouverture de droits liées à une installation en France, les caisses d'assurance maladie ont d'ores et déjà mis en place des processus de vérification des éléments transmis au moment de l'affiliation d'un nouvel assuré. Ces processus sont ainsi reconduits, en s'appuyant en revanche sur un formulaire revisité de demande d'ouverture des droits à l'assurance maladie détaillant en particulier les pièces justificatives attendues.

Il incombe ainsi aux caisses d'assurance maladie d'étudier les demandes d'ouverture de droits afin de vérifier en particulier :

- l'identité du demandeur ;
- la régularité du séjour du demandeur ;
- la réalité de l'exercice d'une activité professionnelle ou la stabilité de la résidence du demandeur.

L'identité s'effectue sur présentation d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport principalement).

Le contrôle de la régularité du séjour, pour les personnes qui ne sont pas de nationalité française et ne sont pas ressortissantes d'un État membre de l'Union européenne, d'un État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, s'effectue sur présentation d'un titre de séjour dans les conditions fixées par les articles R. 111-3 et R. 111-4 du code de la sécurité sociale. L'authenticité des titres de séjour est à vérifier systématiquement dans AGDREF.

Le décret n° 2017-240 du 24 février 2017 renvoie à un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'intérieur la liste des titres ou documents attestant de la régularité du séjour des personnes de nationalité étrangère.

En cas d'absence du titre de séjour dans AGDREF ou de soupçon de fraude documentaire, le dossier sera transmis aux référents fraudes qui pourront procéder à des investigations approfondies.

Les termes de l'article R. 111-3 disposent que toute personne, dont le titre de séjour est arrivé à échéance, bénéficie de douze mois pour produire un document délivré par une préfecture attestant d'une démarche de renouvellement entreprise auprès de l'autorité administrative avant l'expiration du titre ou au plus tard deux mois après son expiration. Par ces dispositions, les délais administratifs liés au renouvellement des titres sont pris en compte, évitant, dans le cadre d'une gestion rigoureuse, toute rupture de droits.

Sur la base de ces principes, il appartient à chaque régime d'élaborer une procédure de suivi des titres, au regard des possibilités de son système d'information et de son organisation interne.

Pour les ressortissants communautaires inactifs les modalités de vérification des conditions d'assurance et de revenus d'existence mentionnées à l'article L. 121-1 du CESEDA seront maintenues.

## 2. Les départs professionnels ou privés à l'étranger

Compte tenu de l'enjeu à maîtriser l'information relative à ces départs, soit pour fermer la prise en charge des frais de santé, soit pour initier une refacturation au nouveau pays dont les assurés dépendent, les caisses d'assurance maladie ont à mettre en place de nouveaux dispositifs.

Ils s'appuient à la fois sur l'exploitation au fil de l'eau des déclarations faites par les assurés mais aussi sur la recherche de départs non signalés. Ces derniers conduiront aussi bien à des contrôles sur place en cas de suspicion avérée qu'à des contrôles ciblés sur des échantillons de population, afin de minimiser le risque de maintien de droits à tort.

Pour outiller ces contrôles, l'objectif est d'exploiter autant que possible les croisements automatiques de données et de mutualiser les informations dont disposent les organismes de sécurité sociale et certaines administrations, afin d'éviter le plus possible les contrôles individuels.

### A. – PRISE EN COMPTE DES DÉCLARATIONS ET DES AUTRES INFORMATIONS INDIQUANT DES DÉPARTS À L'ÉTRANGER

En contrepartie de l'ouverture de droits à l'assurance maladie, il est attendu de la part de l'assuré une déclaration spontanée de son départ du territoire le cas échéant.

Pour faciliter la démarche de l'assuré, un formulaire est mis en ligne dès 2016 par les caisses de sécurité sociale sur chacun de leur site Internet. Est à l'étude également la mise en ligne d'un service de déclaration de départ du territoire à partir du site [service-public.fr](http://service-public.fr), qui permettra de partager plus largement l'information auprès des différentes administrations publiques et de traiter les départs du territoire sans délai.

En complément des déclarations spontanées des assurés, les caisses d'assurance maladie peuvent, pour partie dès 2016, s'appuyer sur l'exploitation au fil de l'eau soit des échanges inter-régimes, soit des signalements de sortie du territoire en provenance de partenaires de différentes sphères :

- fichier des non-résidents fiscaux transmis par la DGFIP aux organismes d'assurance maladie ;
- fichier des adhérents de la Caisse des français de l'étranger (CFE) ;
- déclarations de changement d'adresse auprès de La Poste avec mention d'une résidence à l'étranger<sup>1</sup> ;
- registre des Français de l'étranger à partir du portail du ministère des affaires étrangères et du développement international<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Exploitation prévue à partir de 2017.

<sup>2</sup> Exploitation prévue à partir de 2017.

## B. – RECHERCHE DE DÉPARTS DU TERRITOIRE NON SIGNALÉS

La seule exploitation des déclarations et signalements de départs à l'étranger ne suffit pas à maîtriser totalement le risque de maintien de droits à tort à l'assurance maladie. C'est pourquoi les caisses d'assurance maladie, en complément des traitements au fil de l'eau de ces informations, doivent mettre en place un dispositif de contrôles leur permettant de rechercher de manière proactive les situations de départ du territoire non signalées. L'objectif est ainsi, à partir d'échanges d'informations automatisés, de constituer un faisceau d'indices permettant de caractériser les risques afférents à chaque population d'assurés et de mettre en place les contrôles adaptés.

Les personnes identifiées comme ayant une activité professionnelle ou des revenus de remplacement de source française présentent ainsi un niveau de risque présumé faible, même si demeure le risque qu'elles relèvent, du fait de leur activité ou de leur lieu de résidence, de la législation d'un autre pays auquel les soins sont alors à refacturer. À l'autre extrême, les personnes pour lesquelles les caisses ne disposent d'aucune information relative à une activité professionnelle ou d'information probante sur la stabilité de la résidence, alors que l'on constaterait par ailleurs une consommation de soins sur les douze derniers mois, sont sans doute les assurés présentant les plus forts risques et sur lesquels il est nécessaire de prioriser les contrôles.

Sur la base de ce profilage et des risques identifiés, chaque caisse définit chaque année un « plan de contrôles PUMa » fixant la liste des situations à contrôler prioritairement et celles comportant le plus de risques. Ce plan de contrôles fait l'objet d'une transmission formelle à l'État et d'une déclinaison locale au sein du réseau. Pour les populations présentant les risques les plus forts (cf. ci-dessus), il est attendu que les caisses entreprennent, de manière exhaustive sur un rythme triennal, des investigations approfondies.

Pour les autres populations d'assurés, et selon les risques identifiés, elles pourront être amenées à diligenter des contrôles aléatoires à des périodicités distinctes ou à mettre en place des ciblage particuliers pour procéder à des vérifications régulières de leurs assurés, au-delà des échanges d'informations mis en place avec d'autres administrations. En effet, plus les contrôles seront ciblés, réguliers et connus des assurés, moins le risque de maintien de droits à tort sera élevé. Les procédures de contrôle intégreront la dimension de gestion des contacts sortants multicanal visant à récupérer l'ensemble des coordonnées de contacts disponibles et autorisées (adresse postale, courrier, téléphone portable et téléphone fixe).

Pour caractériser les risques afférents à chaque population d'assurés, les caisses peuvent s'appuyer sur l'exploitation automatique d'un certain nombre de données. Les informations remontant de la chaîne « employeurs » (DADS, DSN, flux CESU, déclarations de revenus professionnels...), de Pôle emploi et de la sphère fiscale (domiciliation fiscale des assurés fournie par la DGFIP) sont considérées – sous réserve de la correcte appréhension des situations dans lesquelles les personnes relèvent de la sécurité sociale d'un autre pays<sup>3</sup> – comme apportant une forte valeur probante quant à une présence et/ou un travail effectif(s) en France. Les caisses peuvent également exploiter les informations de versements de prestations par d'autres organismes de protection sociale (CNAF, CNAV...) ou des informations détenues par la caisse elle-même (connaissance de la situation familiale de l'assuré, statut d'étudiant, demande de CMU-c, d'ACS, de rente AT/MP...) ou encore issues de la gestion (maintien d'un statut PND – pli non distribué – en dépit de relances exécutées par la caisse, enregistrement d'une adresse à l'étranger dans le RNCPS alors que des frais de santé sont pris en charge, remboursements de soins à l'étranger). Pour mieux maîtriser les niveaux de risques, les caisses d'assurance maladie pourront bénéficier aussi des résultats des contrôles réalisés par d'autres organismes de sécurité sociale dans le cadre de la vérification de la résidence pour des prestations non exportables. En effet, est à l'étude la mise en place d'un outil interrégimes permettant d'enregistrer la date de réalisation d'un contrôle de prestations versées sous conditions de résidence. Dès lors les informations liées aux contrôles réalisés seront enregistrées et transmises en message push aux caisses d'assurance maladie afin qu'elles puissent en tirer les conséquences dès réception de l'information dans leur propre système d'information.

### 3. Modalités de fermeture des droits

Les droits à la protection maladie universelle peuvent être fermés pour deux raisons : soit parce que l'assuré ne remplit plus la condition de régularité soit parce que l'assuré ne remplit plus la condition de résidence. Les conditions de fermeture des droits pour les personnes ne respectant plus la condition de régularité ou de résidence sont précisées dans le décret n° 2017-240 du 24 février 2017.

Pour les personnes ne remplissant plus la condition de résidence, plusieurs cas peuvent se présenter.

<sup>3</sup> En particulier pour les frontaliers.

Les assurés ayant déclaré leur départ pour l'étranger font ainsi l'objet d'un simple courrier sortant accusant réception de leur déclaration leur notifiant la fermeture de leurs droits à l'assurance maladie et leur précisant les démarches administratives pour rétablir leurs droits en cas de retour en France.

Les assurés pour lesquels la présomption de sortie du territoire est vérifiée, à l'issue des contrôles effectués par la caisse, sont contactés selon la procédure définie à l'article R. 114-10 du code de la sécurité sociale :

- un courrier (simple) de demande d'observations et de fourniture de pièce justificative est adressé à l'assuré ;
- l'assuré dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations et fournir les pièces justificatives nécessaires ;
- en cas de non-réponse ou de fourniture d'un document insuffisant pour justifier de la poursuite du droit, une notification de fermeture des droits est envoyée à l'assuré. Cette notification précise les diligences effectuées, la date à partir de laquelle elles conduisent à établir que les conditions ne sont plus réunies et les voies et délais de recours ;
- à l'issue des contrôles réalisés par les caisses et à l'issue du 45<sup>e</sup> jour suivant la date d'envoi de la notification de fermeture des droits, les droits à l'assurance maladie sont fermés et la carte vitale est mise en opposition.

Les agents ayant conduit le contrôle notifient aux assurés, en complément des conclusions de leurs vérifications :

- les sommes et modalités de recouvrement des indus constatés en application de l'article L. 133-4-1 et L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale ;
- les pénalités prononcées en fonction des faits constatés lors des contrôles en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

L'ensemble des contrôles effectués, leurs dates et les résultats obtenus sont tracés dans le système d'information afin que l'événement puisse être exploité en interne pour un contrôle ultérieur mais aussi de partager les informations relatives au contrôle réalisé avec les autres organismes de protection sociale.

#### **4. La répartition de ces contrôles au sein des caisses**

La mise en œuvre du référentiel national de contrôle incombe aux ordonnateurs et les supervisions aux représentants de l'ordonnateur et de l'agent comptable dans le cadre du contrôle interne. La majorité des vérifications résulte de l'exploitation de traitements automatisés et elles seront réalisées par les agents précédemment en charge de la gestion administrative des droits. Cependant, les équipes d'agents agréés et assermentés des caisses pourront également être mobilisées dans le cadre des investigations conduites au titre de la protection universelle maladie et réaliser des contrôles plus approfondis en cas de doute sur l'authenticité des pièces justificatives transmises ou afin de réaliser des enquêtes sur place.

Ce dispositif sera relayé également par les programmes de lutte contre la fraude qui pourront prévoir des campagnes dédiées.

La mise en place de ces vérifications est détaillée par chacun des régimes dans les référentiels nationaux de processus et plans de maîtrise socle au niveau du contrôle interne.

Fait le 22 mars 2017.

*Le directeur général de l'UNCAM,*  
N. REVEL

Homologué le 5 avril 2017.

Pour les ministres et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*

T. FATOME

## PROTECTION SOCIALE

### ASSURANCE VIEILLESSE

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales  
et des accidents du travail

Bureau 2A

**Instruction n° DSS/2A/2C/3A/2017/67 du 14 mars 2017 relative à l'évolution des pensions d'invalidité, de l'allocation supplémentaire d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, des rentes d'incapacité permanente, de la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et du capital décès au titre de l'année 2017**

NOR : AFSS1706516J

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> avril 2017.

*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* : compte tenu de l'évolution moyenne sur les douze derniers mois des indices des prix mensuels hors-tabac publiés par l'INSEE l'avant-dernier mois précédant la date de revalorisation, le montant des pensions d'invalidité, de l'allocation supplémentaire d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, de la majoration pour aide constante d'une tierce personne, des rentes d'incapacité permanente et du capital décès pour 2017 est revalorisé d'un coefficient égal à 1,003, soit d'un taux de 0,3 %.

*Mots clés* : sécurité sociale – revalorisation.

*Références* :

Articles L. 161-25, L. 341-6, L. 361-1, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-16, L. 434-17, L. 816-2, L. 816-3, R. 341-6 et D. 361-1 du code de la sécurité sociale ;

Article 5 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites ;

Article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse.

*Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé à : liste des destinataires in fine.*

Les modalités de revalorisation des prestations versées par les régimes obligatoires de sécurité sociale ont été réformées par l'article 67 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016 et l'article 89 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Désormais, ces prestations sont revalorisées, en application de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, sur la base d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. Ces prestations sont revalorisées au 1<sup>er</sup> avril ou au 1<sup>er</sup> octobre.

Seront revalorisés au 1<sup>er</sup> avril :

- les pensions d'invalidité du régime général ainsi que les salaires pris en compte pour leur calcul (articles L. 341-6 et R. 341-6 du code de la sécurité sociale) ;

- l'allocation supplémentaire d'invalidité (articles L. 815-24 et L. 816-3 du code de la sécurité sociale) ;
- les montants et les plafonds de ressources de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (articles L. 815-4, L. 816-2, D. 815-1 et D. 815-2 du code de la sécurité sociale) et des prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse (article 5 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites) ;
- le montant minimum de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (article L. 355-1 du code de la sécurité sociale) ;
- le capital décès (articles L. 361-1 et D. 361-1 du code de la sécurité sociale) ;
- les rentes, les indemnités en capital, la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et la majoration pour tierce personne versées au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles ainsi que le salaire minimum des rentes (articles L. 434-1, L. 434-2, L. 434-16 et L. 434-17 du code de la sécurité sociale, article 3 du décret n° 2013-276 du 2 avril 2013).

Cette revalorisation s'applique également à toutes les prestations, cotisations, salaires et plafonds de ressources dont les modalités de revalorisation sont identiques, par renvoi des textes, à celles prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale.

En application des dispositions précitées, les prestations susmentionnées sont revalorisées sur la base du coefficient de 1,003 au 1<sup>er</sup> avril 2017.

Nous vous demandons de transmettre les présentes instructions aux organismes de votre ressort débiteurs des prestations mentionnées ci-dessus.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATÔME



DESTINATAIRES

Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.  
Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.  
Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole.  
Madame la directrice des retraites et des solidarités à la Caisse des dépôts et consignations (SASPA, CNRACL, FSPOEIE, IRCANTEC, régime de retraite des mines).  
Monsieur le directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants.  
Monsieur le directeur du service des retraites de l'État au ministère de l'économie et des finances.  
Monsieur le directeur de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes.  
Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.  
Monsieur le directeur de la Caisse nationale des barreaux français.  
Monsieur le directeur de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.  
Monsieur le directeur de la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.  
Monsieur le directeur des ressources humaines de la société ALTADIS.  
Monsieur le gouverneur général de la Banque de France.  
Monsieur le chef de service des ressources humaines de l'Imprimerie nationale.  
Monsieur le directeur de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.  
Madame la directrice de la Caisse de retraites du personnel de la RATP.  
Monsieur le directeur de la Caisse nationale des industries électriques et gazières.  
Madame la directrice de la Caisse de retraite des personnels de l'Opéra national de Paris.  
Monsieur le directeur de la Caisse de retraite des personnels de la Comédie-Française.  
Monsieur le directeur de l'Établissement national des invalides de la marine.  
Monsieur le directeur de la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon.  
Monsieur le directeur de la Caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Pour information :

Mesdames et Messieurs les préfets de région.  
Mesdames et Messieurs les préfets de département.

## PROTECTION SOCIALE

### PRESTATIONS FAMILIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

*Direction de la sécurité sociale*

Division des affaires communautaires  
et internationales (DACI)

#### **Circulaire n° DSS/DACI/2017/92 du 16 mars 2017 relative à la révision du barème des indemnités pour charge de famille en application de convention générale du 20 janvier 1972 sur la sécurité sociale entre la République française et la République de Turquie**

NOR : AFSS1708699C

*Date d'application* : immédiate avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

*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* : le barème de remboursement des prestations familiales prévu à l'article 32 de la Convention générale du 20 janvier 1972 sur la sécurité sociale entre la République française et la République de Turquie est revalorisé du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 mars 2017.

*Mots clés* : convention générale de sécurité sociale entre la France et la Turquie – allocations familiales.

*Références* :

Convention générale du 20 janvier 1972 sur la sécurité sociale entre la République française et la République de Turquie (article 32) ;

Arrangement administratif général du 16 mai 1973 relatif aux modalités d'application de la Convention générale entre la France et la Turquie sur la sécurité sociale du 20 janvier 1972 (article 66).

*Texte abrogé ou modifié* :

Circulaire DSS/DACI/2011/314 du 1<sup>er</sup> août 2011 relative à la revalorisation du barème des indemnités pour charge de famille servies en application de l'article 32 de la convention générale de sécurité sociale entre la France et la Turquie.

*Annexe* : barème des participations aux prestations familiales applicables aux années 2011 à 2017.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Monsieur le directeur de la Caisse nationale d'allocations familiales ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ; Monsieur le directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.*

Au cours d'une commission mixte de sécurité sociale tenue les 8 et 9 décembre 2016 à Paris, les autorités administratives compétentes françaises et turques ont décidé d'un commun accord de réviser le barème des indemnités pour charge de famille prévues à l'article 66 de l'arrangement administratif du 16 mai 1973, en application de l'article 32 de la convention générale franco-turque de sécurité sociale du 20 janvier 1972.

Pour mémoire, cette convention prévoit le versement direct des prestations familiales aux familles.

Les taux n'ayant pas fait l'objet de révision depuis 2010, les deux parties sont convenues de nouveaux barèmes pour les années 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 et 2017.

Vous trouverez ci-joint les nouveaux barèmes qui se substituent à celui de 2010, avec effet rétroactif.



Une régularisation sur les montants déjà versés aux familles demeurées en Tunisie au titre de ces années devra être calculée en prenant pour base ce nouveau barème.

Il convient d'en aviser les organismes gestionnaires concernés.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATÔME

ANNEXE

**BARÈME DES INDEMNITÉS POUR CHARGE DE FAMILLE**

Le barème prévu à l'article 66 de l'arrangement administratif du 16 mai 1973, en application de l'article 32 de la convention générale franco-turque de sécurité sociale du 20 janvier 1972 et déterminant le montant des indemnités pour charge de famille, est fixé comme suit :

	INDEMNITÉS MENSUELLES VERSÉES PAR LES INSTITUTIONS FRANÇAISES aux enfants résidant en Turquie					
	Du 1 <sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2011	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2013	Du 1 <sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014	Du 1 <sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015	Du 1 <sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016	Du 1 <sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017
1 enfant	14,16 €	14,23 €	14,31 €	14,35 €	14,35 €	14,36 €
2 enfants	46,56 €	46,79 €	47,07 €	47,21 €	47,21 €	47,23 €
3 enfants	73,45 €	73,81 €	74,26 €	74,48 €	74,48 €	74,52 €
4 enfants et plus	78,64 €	79,03 €	79,50 €	79,74 €	79,74 €	79,78 €

Fait en double exemplaire, en langue turque et en langue française, à Paris, le 9 décembre 2016.

Pour les autorités compétentes françaises :

S. SALGADO

Pour les autorités compétentes turques :

H. H. ARAS

## PROTECTION SOCIALE

### PRESTATIONS FAMILIALES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

*Direction de la sécurité sociale*

Division des affaires communautaires  
et internationales (DACI)

#### **Circulaire n° DDS/DACI/2017/93 du 16 mars 2017 relative à la révision du barème des participations aux allocations familiales en application de la convention générale franco-malienne de sécurité sociale du 12 juin 1979**

NOR : AFSS1708702C

*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* : le barème de remboursement des prestations familiales prévu à l'article 47 de la convention générale du 12 juin 1979 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République du Mali sur la sécurité sociale est revalorisé du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 mars 2017.

*Mots clés* : convention générale de sécurité sociale entre la France et le Mali – allocations familiales.

*Références* :

Convention générale du 12 juin 1979 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République du Mali sur la sécurité sociale (articles 44 à 47) ;

Arrangement administratif général du 10 février 1978 relatif aux modalités d'application de la convention générale du 12 juin 1979 (articles 91 et 92).

*Circulaire modifiée* : circulaire n° DSS/DACI/2009/103 du 14 avril 2009 relative à la revalorisation du barème de remboursement des prestations familiales prévu à l'article 47 de la convention générale du 12 juin 1979 entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la République du Mali sur la sécurité sociale.

*Annexes* : barèmes des participations aux prestations familiales applicables aux années 2011 à 2017.

*La ministre des affaires sociales et de la santé à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ; Monsieur le directeur du Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS) ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département.*

Au cours d'une commission mixte de sécurité sociale qui s'est tenue les 23 et 24 janvier 2017 à Paris, les autorités administratives compétentes françaises et maliennes ont décidé d'un commun accord de réviser le barème des participations aux allocations familiales prévu à l'article 47§2 de la convention et 91§2 de l'arrangement administratif.

En effet, en application de l'article 44§1 de la convention générale de sécurité sociale franco-malienne, les salariés occupés en France ou au Mali peuvent prétendre, au titre de leurs enfants qui résident sur le territoire de l'autre État, aux prestations familiales prévues par la législation de cet État. Ces prestations sont servies par l'institution compétente de l'État de résidence des enfants (cf. article 46 de la convention). Elles donnent lieu au versement d'une participation par l'institution compétente de l'État d'affiliation du travailleur à l'organisme centralisateur de l'État de résidence des enfants (cf. art. 47§1 de la convention).

Les barèmes n'ayant pas fait l'objet de révision depuis 2010, les deux parties sont convenues de nouveaux barèmes pour les années 2011 à 2017.

Vous trouverez ci-joint les nouveaux barèmes qui se substituent à celui de 2010, avec effet rétroactif.

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir faire application de ces barèmes et de procéder aux régularisations nécessaires à leur mise en œuvre rétroactive pour la période écoulée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

ANNEXE

BARÈME DES PARTICIPATIONS AUX ALLOCATIONS FAMILIALES

Le barème prévu à l'article 47§2 de la convention générale du 12 juin 1979, et 91§2 de l'arrangement administratif, déterminant le montant de la participation des institutions de l'État d'activité aux prestations servies à des enfants résidant dans l'autre État, est fixé comme suit :

INDEMNITÉS MENSUELLES VERSÉES PAR LES INSTITUTIONS FRANÇAISES aux enfants résidant au Mali (euros)						
	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2013	Du 1 <sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014	Du 1 <sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015	Du 1 <sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016	Du 1 <sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017
1 enfant	8,20	8,24	8,29	8,32	13,85	13,85
2 enfants	16,40	16,48	16,58	16,63	27,69	27,71
3 enfants	24,6	24,73	24,87	24,95	41,54	41,56
4 enfants et plus	32,80	32,97	33,17	33,27	55,39	55,41

INDEMNITÉS MENSUELLES VERSÉES PAR LES INSTITUTIONS MALIENNES aux enfants résidant en France (en FCFA)						
	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011	Du 1 <sup>er</sup> janvier 2012 au 31 mars 2013	Du 1 <sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014	Du 1 <sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015	Du 1 <sup>er</sup> avril 2015 au 31 mars 2016	Du 1 <sup>er</sup> avril 2016 au 31 mars 2017
1 enfant	5 174,52	5 200,39	5 231,59	5 247,29	8 736,74	8 741,11
2 enfants	10 349,04	10 400,79	10 463,19	10 494,58	17 473,47	17 482,21
3 enfants	15 523,56	15 601,18	15 694,78	15 741,87	26 210,21	26 223,32
4 enfants et plus	20 698,08	20 801,57	20 926,38	20 989,16	34 946,95	34 964,42

Ce remboursement est effectué pour tous les enfants visés à l'article 45 de la Convention jusqu'à ce qu'ils aient atteint leur 17<sup>e</sup> anniversaire.

Fait le 24 janvier 2017, en double exemplaire.

Pour les autorités compétentes françaises :

S. SALGADO

*Chef de la délégation française,  
cheffe de la division des affaires  
communautaires et internationales,*

Direction de la sécurité sociale,  
Ministère des affaires sociales et de la santé

Pour les autorités compétentes maliennes :

S. A. BABY

*Chef de la délégation malienne,  
secrétaire général  
au ministère de l'action humanitaire*

## PROTECTION SOCIALE

### PRESTATIONS FAMILIALES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

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

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau des prestations familiales  
et des aides au logement

**Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/97 du 21 mars 2017  
relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1<sup>er</sup> avril 2017**

NOR : AFSS1709166C

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> avril 2017.

*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* : revalorisation des prestations familiales versées en métropole à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

*Mots clés* : revalorisation des prestations familiales – barème des prestations familiales.

*Références* :

Articles L. 161-25, L. 551-1, R. 523-7, D. 521-1, D. 521-2, D. 522-1, D. 531-1, D. 531-2, D. 531-3, D. 531-4, D. 531-14-1, D. 531-23, D. 532-1, D. 541-1, D. 541-2, D. 542-34, D. 543-1, D. 544-6, D. 544-7 du code de la sécurité sociale ;

Article 74 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Décret relatif à la revalorisation du montant de l'allocation de soutien familial et du montant majoré du complément familial et modifiant diverses autres dispositions du code de la sécurité sociale (en cours de publication).

*Circulaires modifiées* :

Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2016/77 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en métropole au 1<sup>er</sup> avril 2016 ;

Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2016/396 du 21 décembre 2016 relative aux montants des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales applicables en métropole à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

*Annexe* :

Montants des prestations familiales (avant CRDS) au 1<sup>er</sup> avril 2017 arrondis au centième d'euro le plus proche.

*Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ; Madame la cheffe de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.*

Conformément à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul (BMAF) revalorisées au 1<sup>er</sup> avril

de chaque année. Cette revalorisation annuelle est effectuée, conformément à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, par application d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. En application de l'article R. 161-21 du code de la sécurité sociale, ce coefficient est arrondi à la troisième décimale la plus proche.

Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le coefficient de revalorisation de la BMAF est ainsi fixé à 1,003, soit un taux de revalorisation de 0,3 %. Le montant de cette base mensuelle, en pourcentage duquel sont fixées les prestations familiales, est donc porté de 406,62 € au 1<sup>er</sup> avril 2016 à 407,84 € au 1<sup>er</sup> avril 2017.

Des règles spécifiques s'appliquent cependant aux prestations familiales suivantes :

- conformément à la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les montants de l'allocation de base, de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sont maintenus à leur niveau en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013, le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code n'ayant pas encore atteint celui de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant ;
- conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, l'allocation de soutien familial et le montant majoré du complément familial connaissent pour la quatrième année consécutive une revalorisation exceptionnelle de leur montant, effective pour les prestations dues à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

Ainsi, le montant de l'allocation de soutien familial est fixé au 1<sup>er</sup> avril 2017 (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 110,20 € lorsque l'enfant est orphelin de père ou de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale et à 146,82 € lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens du même article.

Le montant majoré du complément familial est fixé (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 237,89 € en métropole ;

- enfin, le montant du sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), revalorisé de la même manière que les pensions prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une revalorisation de 0,3 % au 1<sup>er</sup> avril 2017 qui le porte de 1 104,18 € par mois à 1 107,49 € par mois.

Les tableaux annexés ont pour objet d'indiquer aux organismes débiteurs des prestations familiales le montant des prestations familiales (avant contribution au remboursement de la dette sociale) qui leur est applicable pour procéder à la liquidation des prestations familiales à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017. Ces montants sont arrondis au centième d'euro le plus proche ; il en est de même lorsqu'il s'agit du service d'une allocation différentielle.

Je vous demande de bien vouloir transmettre les présentes instructions aux organismes débiteurs des prestations familiales de votre ressort.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATOME

A N N E X E

**MONTANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES  
(AVANT CRDS) AU 1<sup>er</sup> AVRIL 2017**

Arrondis au centième d'euro le plus proche

**Base mensuelle de calcul des allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 : 407,84 €**

**I. – LES ALLOCATIONS FAMILIALES, LA MAJORATION POUR ÂGE  
ET L'ALLOCATION FORFAITAIRE**

**I.1. Le montant des allocations familiales (par famille)**

NOMBRE d'enfants à charge	MONTANT MAXIMAL *		MONTANT INTERMÉDIAIRE**		MONTANT MINIMAL ***	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
2 enfants	32	130,51	16	65,25	8	32,63
3 enfants	73	297,72	36,5	148,86	18,25	74,43
4 enfants	114	464,94	57	232,47	28,5	116,23
5 enfants	155	632,15	77,5	316,08	38,75	158,04

N.B. : \* Le montant maximal correspond à la tranche 1 du tableau relatif aux plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant modulé des allocations familiales annexé à la circulaire interministérielle du 21 décembre 2016 relative aux montants des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales applicables en métropole à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, qui sera modifiée au 1<sup>er</sup> janvier 2018. \*\* Le montant intermédiaire correspond à la tranche 2 du même tableau. \*\*\* Le montant minimal correspond à la tranche 3 du même tableau

**I.2. Le montant des majorations pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)**

MAJORATION pour âge de l'enfant	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	16	65,25	8	32,63	4	16,31

**I.3. Le montant du forfait pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)**

FORFAIT d'allocations familiales	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	20,234	82,52	10,117	41,26	5,059	20,63

**II. – LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT**

**II.1. Prime à la naissance, prime à l'adoption, allocation de base  
(maintenus à leur montant en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013)**

ÉLÉMENTS DE LA PAJE	MONTANTS EN EUROS
Prime à la naissance	927,71
Prime à l'adoption	1 855,42
Allocation de base*	
– à taux plein	185,54
– à taux partiel	92,77

\* Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017, la modulation du montant de l'allocation de base est applicable à tous les enfants.



## II.2. Prestation partagée d'éducation de l'enfant et complément de libre choix d'activité

Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 et complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les enfants nés ou adoptés entre le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 31 décembre 2014

CLCA ET PREPARE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	96,62	394,06
Taux partiel < 50 %	62,46	254,74
Taux partiel entre 50 et 80 %	36,03	146,94

NB : La PREPARE est applicable à l'ensemble des enfants à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Toutefois en cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, les familles continuent à ouvrir droit au CLCA au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020, lorsque les enfants sont nés entre le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 31 décembre 2014

### Complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré

CLCA MAJORÉ	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	142,57	581,46
Taux partiel < 50 %	108,41	442,14
Taux partiel entre 50 et 80 %	81,98	334,35

## II.3. Prestation partagée d'éducation de l'enfant majorée

PREPARE MAJORÉE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
	157,93	644,10

## II.4. Complément de libre choix du mode de garde

COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE	% BMAF		MONTANTS EN EUROS	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
emploi direct				
- CMG maximal	114,04	57,02	465,10	232,55
- CMG intermédiaire	71,91	35,96	293,28	146,66
- CMG minimal	43,14	21,57	175,94	87,97
association ou entreprise employant une assistante maternelle				
- CMG maximal	172,57		703,81	351,91
- CMG intermédiaire	143,81		586,51	293,26
- CMG minimal	115,05		469,22	234,61
association ou entreprise employant une garde à domicile ou recours à une micro-crèche				
- CMG maximal	208,53		850,47	425,24
- CMG intermédiaire	179,76		733,13	366,57
- CMG minimal	151,00		615,84	307,92

## III. – LES AUTRES PRESTATIONS FAMILIALES

### III.1. Complément familial et montant majoré du complément familial

	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Complément familial	41,65	169,87
Montant majoré du complément familial	58,33	237,89

### III.2. Allocation de soutien familial

ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	36,00	146,82
Taux partiel	27,02	110,20

### III.3. Allocation de rentrée scolaire

ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
6 - 10 ans	89,72	365,91
11 - 14 ans	94,67	386,10
15 - 18 ans	97,95	399,48

### III.4. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ALLOCATION ÉDUCATION ENFANT HANDICAPÉ	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
* Allocation de base	32,00	130,51
* Complément 1 <sup>er</sup> catégorie	24,00	97,88
* Complément 2 <sup>ème</sup> catégorie	65	265,10
Majoration pour parent isolé (2 <sup>ème</sup> catégorie)	13	53,02
* Complément 3 <sup>ème</sup> catégorie	92	375,21
Majoration pour parent isolé (3 <sup>ème</sup> catégorie)	18	73,41
* Complément 4 <sup>ème</sup> catégorie	142,57	581,46
Majoration pour parent isolé (4 <sup>ème</sup> catégorie)	57	232,47
* Complément 5 <sup>ème</sup> catégorie	182,21	743,13
Majoration pour parent isolé (5 <sup>ème</sup> catégorie)	73	297,72
* Complément 6 <sup>ème</sup> catégorie	–	1107,49
Majoration pour parent isolé (6 <sup>ème</sup> catégorie)	107	436,39

### III.5. Allocation journalière de présence parentale et complément forfaitaire pour frais

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Couple	10,63	43,35
Personne seule	12,63	51,51

COMPLÉMENT FORFAITAIRE POUR FRAIS	% BMAF	MONTANT EN EUROS
	27,19	110,89

### III.6. Prime de déménagement

PRIME DE DÉMÉNAGEMENT	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Maximum	240	978,82
Par enfant au-delà du troisième	+ 20	+ 81,57

## PROTECTION SOCIALE

### PRESTATIONS FAMILIALES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE  
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

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

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales  
et des accidents du travail

Bureau des prestations familiales  
et des aides au logement

**Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2017/98 du 21 mars 2017 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte au 1<sup>er</sup> avril 2017**

NOR : AFSS1709167C

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> avril 2017.

*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* : revalorisation des prestations familiales versées en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

*Mots clés* : collectivités d'outre-mer\_Mayotte\_Revalorisation des prestations familiales\_Barème des prestations familiales.

*Références* :

Articles : L. 755-3 ; L. 755-11 ; L. 755-33 ; D. 755-5 ; D. 755-6 ; D. 755-8 ; D. 755-11 du code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique ;

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Décrets relatifs à la revalorisation du montant de l'allocation de soutien familial et du montant majoré du complément familial en cours de publication ;

Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ;

Décret n° 2002-423 du 29 mars 2002 relatif aux prestations familiales à Mayotte.

*Circulaires modifiées* :

Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2016/78 du 15 mars 2016 relative à la revalorisation des prestations familiales servies en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte au 1<sup>er</sup> avril 2016 ;

Circulaire interministérielle n° DSS/SD2B/2016/397 du 21 décembre 2016 relative aux montants des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales applicables en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

*Annexes* : montants des prestations familiales (avant CRDS) au 1<sup>er</sup> avril 2017 arrondi au centième d'euro le plus proche.

*Le ministre de l'économie et des finances, la ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ; Madame la cheffe de la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.*

Conformément à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul (BMAF) revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année. Cette revalorisation annuelle est effectuée, conformément à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, par application d'un coefficient égal à l'évolution moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. En application de l'article R. 161-21 du code de la sécurité sociale, ce coefficient est arrondi à la troisième décimale la plus proche.

Au 1<sup>er</sup> avril 2017, le coefficient de revalorisation de la BMAF est ainsi fixé à 1,003, soit un taux de revalorisation 0,3 %. Le montant de cette base mensuelle, en pourcentage duquel sont fixées les prestations familiales, est donc porté de 406,62 € au 1<sup>er</sup> avril 2016 à 407,84 € au 1<sup>er</sup> avril 2017.

Des règles spécifiques s'appliquent cependant aux prestations familiales suivantes :

- Conformément à la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les montants de l'allocation de base, de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) sont maintenus à leur niveau en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013, le montant du complément familial mentionné à l'article L. 522-1 du même code n'ayant pas encore atteint celui de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Conformément au plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté, l'allocation de soutien familial et le montant majoré du complément familial connaissent pour la quatrième année consécutive une revalorisation exceptionnelle de leur montant, effective pour les prestations dues à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

Ainsi le montant de l'allocation de soutien familial est fixé au 1<sup>er</sup> avril 2017 (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 110,20 € lorsque l'enfant est orphelin de père ou de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens de l'article L. 523-1 du code de la sécurité sociale et à 146,82 € lorsque l'enfant est orphelin de père et de mère ou se trouve dans une situation assimilée au sens du même article.

Le montant majoré du complément familial est fixé (avant contribution au remboursement de la dette sociale) à 135,85 € dans les départements d'outre-mer. Il convient de préciser par ailleurs, que conformément à l'article 25 de la loi du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique, les plafonds de ressources respectifs du complément familial et du montant majoré du complément familial sont désormais identiques à ceux de la métropole à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017.

- Enfin, le montant du sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), revalorisé de la même manière que les pensions prévues à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une revalorisation de 0,3 % au 1<sup>er</sup> avril 2017 qui le porte de 1 104,18 € par mois à 1 107,49 € par mois.

La présente circulaire précise, en outre, les montants des prestations familiales en vigueur dans le département de Mayotte, conformément aux dispositions de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte et du décret n° 2002-423 du 29 mars 2002 relatif aux prestations familiales à Mayotte.

Toutefois, la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique prévoit également trois mesures nouvelles à Mayotte qui seront applicables au 1<sup>er</sup> janvier 2018 : l'extension du complément familial et de son montant majoré attribués selon des modalités identiques à celles en vigueur dans les départements d'outre-mer avant le 1<sup>er</sup> avril 2017, l'extension des compléments à l'AEEH et de la majoration pour parent isolé et l'accélération du calendrier du plan de convergence des allocations familiales sur la métropole. Dès lors, les montants relatifs aux allocations familiales, au complément familial et à son montant majoré sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 31 mars 2018 à Mayotte, qui seront connus une fois le texte d'application de la loi publié, ne sont pas indiqués dans la présente circulaire.

Je vous demande de bien vouloir transmettre les présentes instructions aux organismes débiteurs des prestations familiales de votre ressort.

Pour les ministres et par délégation :  
*Le directeur de la sécurité sociale,*  
T. FATÔME

ANNEXE

**MONTANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES  
(AVANT CRDS) AU 1<sup>er</sup> AVRIL 2017**

Arrondis au centième d'euro le plus proche

**Base mensuelle de calcul des allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> avril 2017 : 407,84 €**

Partie I

GUADELOUPE, GUYANE, MARTINIQUE, RÉUNION, SAINT-BARTHÉLEMY ET SAINT-MARTIN

I. – LES ALLOCATIONS FAMILIALES, LA MAJORATION POUR ÂGE ET L'ALLOCATION FORFAITAIRE

Le montant des allocations familiales (par famille)

NOMBRE d'enfants à charge	MONTANT MAXIMAL*		MONTANT INTERMÉDIAIRE**		MONTANT MINIMAL***	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
2 enfants	32	130,51	16	65,25	8	32,63
3 enfants	73	297,72	36,5	148,86	18,25	74,43
4 enfants	114	464,94	57	232,47	28,5	116,23
5 enfants	155	632,15	77,5	316,08	38,75	158,04

NB : \* Le montant maximal correspond à la tranche 1 du tableau relatif aux plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant modulé des allocations familiales annexé à la circulaire interministérielle du 21 décembre 2016 relative aux montants des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales applicables en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à la Réunion, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy et à Mayotte à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, qui sera modifiée au 1<sup>er</sup> janvier 2018. \*\*Le montant intermédiaire correspond à la tranche 2 du même tableau. \*\*\* Le montant minimal correspond à la tranche 3 du même tableau.

Le montant des majorations pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

MAJORATION pour âge de l'enfant	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	16	65,25	8	32,63	4	16,31

Le montant du forfait pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

FORFAIT d'allocations familiales	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	20,234	82,52	10,117	41,26	5,059	20,63

Les allocations familiales pour un seul enfant à charge servies au titre de l'article L. 755-11, 2<sup>e</sup> alinéa.

	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Les allocations familiales pour un enfant	5,88	23,98
Majoration de + de 11 ans	3,69	15,05
Majoration de + de 16 ans	5,67	23,12

II. – LA PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

**II.1. Prime à la naissance, prime à l'adoption, allocation de base  
(maintenus à leur montant en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013)**

ÉLÉMENTS DE LA PAJE	MONTANTS EN EUROS
Prime à la naissance	927,71
Prime à l'adoption	1 855,42
Allocation de base*	
- à taux plein	185,54
- à taux partiel	92,77

\* Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2017, la modulation du montant de l'allocation de base est applicable à tous les enfants.

## II.2. Prestation partagée d'éducation de l'enfant et complément de libre choix d'activité

Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE) pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 et complément de libre choix d'activité (CLCA) pour les enfants nés ou adoptés entre le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 31 décembre 2014

CLCA ET PREPARE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
taux plein	96,62	394,06
taux partiel < 50 %	62,46	254,74
taux partiel entre 50 et 80 %	36,03	146,94

NB : La PREPARE est applicable à l'ensemble des enfants à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018. Toutefois en cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, les familles continuent à ouvrir droit au CLCA au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020, lorsque les enfants sont nés entre le 1<sup>er</sup> avril 2014 et le 31 décembre 2014

### Complément de libre choix d'activité (CLCA) majoré

CLCA MAJORÉ	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
taux plein	142,57	581,46
taux partiel < 50 %	108,41	442,14
taux partiel entre 50 et 80 %	81,98	334,35

## II.3. Prestation partagée d'éducation de l'enfant majorée

PREPARE MAJORÉE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
	157,93	644,10

## II.4. Complément de libre choix du mode de garde

COMPLÈMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE	% BMAF		MONTANTS EN EUROS	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
emploi direct	114,04	57,02	465,10	232,55
- CMG maximal	71,91	35,96	293,28	146,66
- CMG intermédiaire	43,14	21,57	175,94	87,97
- CMG minimal				
association ou entreprise employant une assistante maternelle	172,57		703,81	351,91
- CMG maximal	143,81		586,51	293,26
- CMG intermédiaire	115,05		469,22	234,61
- CMG minimal				
association ou entreprise employant une garde à domicile ou recours à une micro-crèche				
- CMG maximal	208,53		850,47	425,24
- CMG intermédiaire	179,76		733,13	366,57
- CMG minimal	151,00		615,84	307,92

## III. – LES AUTRES PRESTATIONS FAMILIALES

### III.1. Complément familial et montant majoré du complément familial

	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Complément familial	23,79	97,03
Montant majoré du complément familial	33,31	135,85

### III.2. Allocation de soutien familial

ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	36,00	146,82
Taux partiel	27,02	110,20

### III.3. Allocation de rentrée scolaire

ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
6 - 10 ans	89,72	365,91
11 - 14 ans	94,67	386,10
15 - 18 ans	97,95	399,48

### III.4. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ALLOCATION ÉDUCATION ENFANT HANDICAPÉ	% BMAF	MONTANT EN EUROS
* Allocation de base	32,00	130,51
* Complément 1 <sup>re</sup> catégorie	24,00	97,88
* Complément 2 <sup>e</sup> catégorie	65	265,10
Majoration pour parent isolé (2 <sup>e</sup> catégorie)	13	53,02
* Complément 3 <sup>e</sup> catégorie	92	375,21
Majoration pour parent isolé (3 <sup>e</sup> catégorie)	18	73,41
* Complément 4 <sup>e</sup> catégorie	142,57	581,46
Majoration pour parent isolé (4 <sup>e</sup> catégorie)	57	232,47
* Complément 5 <sup>e</sup> catégorie	182,21	743,13
Majoration pour parent isolé (5 <sup>e</sup> catégorie)	73	297,72
* Complément 6 <sup>e</sup> catégorie	-	1107,49
Majoration pour parent isolé (6 <sup>e</sup> catégorie)	107	436,39

### III.5. Allocation journalière de présence parentale et complément forfaitaire pour frais

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Couple	10,63	43,35
Personne seule	12,63	51,51

COMPLÉMENT FORFAITAIRE POUR FRAIS	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
	27,19	110,89

### III.6. Prime de déménagement

PRIME DE DÉMÉNAGEMENT	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Maximum	240	978,82
Par enfant au-delà du troisième	+ 20	+ 81,57

## Partie II

## MAYOTTE

### I. – LES ALLOCATIONS FAMILIALES

BARÈME DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2017 AU 31 DÉCEMBRE 2017				
Nombre ou rang des enfants à charge	Par enfant		Par famille	
	% BMAF	Montants en euros	% BMAF	Montants en euros
2	26,72	108,97	26,72	108,97
3	9,18	37,44	35,90	146,41
4	4,63	18,88	40,53	165,30
par enf. sup.	4,63	18,88	-	-

Les allocations familiales pour un seul enfant à charge pour les allocataires qui avaient déjà un droit ouvert avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012

	% BMAF	MONTANT EN EUROS
Montant du 1 <sup>er</sup> avril 2017 au 31 mars 2018	-	57,28

Les allocations familiales pour un seul enfant à charge pour les allocataires  
dont le droit a été ouvert à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012

	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Montant du 1 <sup>er</sup> avril 2017 au 31 décembre 2017	11,05	45,07

II. – L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

CYCLE SCOLAIRE	% BMAF	MONTANTS EN EUROS
Ecole primaire	89,72	365,91
Collège	94,67	386,10
Lycée	97,95	399,48

III. – L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ

ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ	% BMAF	MONTANT EN EUROS
	32	130,51