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° 7 – 15 août 2016

Plan de classement

Sommaire chronologique

Sommaire thématique

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Direction de l'information légale et administrative

DIRECTION
DE L'INFORMATION
LÉGALE
ET ADMINISTRATIVE

26, rue Desaix
75727 Paris Cedex 15

www.dila.premier-ministre.gouv.fr

Directrice de la publication : Valérie Delahaye-Guillocheau, directrice de la direction des finances, des achats et des services
Rédactrice en chef : Catherine Baude
Réalisation : DFAS – Bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01-40-56-45-44
ISSN 2427-9765

Plan de classement

Administration

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

Santé

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

Solidarités

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

Protection sociale

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

Sommaire chronologique

Pages

10 mars 2016

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique..... 9

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique..... 10

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 12

14 mars 2016

Décision du 14 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 13

16 mars 2016

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 14

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique..... 15

17 mars 2016

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 17

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 18

Pages

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 20

24 mars 2016

Décision du 24 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique..... 22

30 mars 2016

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 23

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 25

31 mars 2016

Décision du 31 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique..... 26

4 avril 2016

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 27

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 28

7 avril 2016

Décision du 7 avril 2016de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 29

Décision du 7 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 31

Pages

11 avril 2016

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)..... 32

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)..... 34

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)..... 36

Note d'information n° DGS/EA1/EA4/DGOS/PF2/DGCS/2016/118 du 11 avril 2016 relative à la publication d'un guide technique portant sur la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux..... 280

19 avril 2016

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 38

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 39

20 avril 2016

Décision du 20 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 40

25 avril 2016

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 41

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 42

27 avril 2016

Décision du 27 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique..... 43

Pages

9 mai 2016

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 44

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 45

12 mai 2016

Circulaire n° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé 114

13 mai 2016

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)..... 46

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)..... 48

26 mai 2016

Instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/168 du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en oncopédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués..... 186

30 mai 2016

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..... 202

2 juin 2016

Instruction n° DGOS/PF5/R3/2016/182 du 2 juin 2016 relative au service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés..... 217

6 juin 2016

Instruction n° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositifde sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile 220

9 juin 2016

Note de service n° DREES/BPS/BCL/2016/199 du 9 juin 2016 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2016 dans les DRJSCS..... 4

Pages

10 juin 2016

Décision DG n° 65-2016 du 10 juin 2016 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique 50

Décision DG n° 96-2016 du 10 juin 2016 relative à la désignation du pharmacien responsable et du pharmacien responsable intérimaire de l'établissement pharmaceutique pour la protection de la population face aux menaces sanitaires grave 56

Décision DG n° 97-2016 du 10 juin 2016 relative à la nomination du pharmacien délégué de l'agence nationale de santé publique 58

13 juin 2016

Décision n° 2016-08 du 13 juin 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant nomination d'un déontologue au sein de l'Agence de la biomédecine..... 59

15 juin 2016

Arrêté du 15 juin 2016 portant nomination au conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 7

Décision n° 2016.0101/DC du 15 juin 2016 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination d'un membre de la commission des pratiques et des parcours 60

Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016-2018 301

16 juin 2016

Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGRH/A2-3/2016/198 du 16 juin 2016 relative à l'ouverture, en 2016, de postes de chefs de clinique universitaires de médecine générale dans le cadre du pacte territoire santé II 264

17 juin 2016

Arrêté du 17 juin 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (*JO*RF n° 148 du 26 juin 2016)..... 285

20 juin 2016

Arrêté du 20 juin 2016 portant démission et nomination au Haut Conseil de la santé publique..... 110

21 juin 2016

Arrêté du 21 juin 2016 portant désignation des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale 317

Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2016/202 du 21 juin 2016 relative au questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux 255

Pages

22 juin 2016

Arrêté du 22 juin 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2016 112

Décision DG n° 2016-203 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 61

Décision DG n° 2016-204 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 62

Décision DG n° 2016-205 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 63

Décision DG n° 2016-206 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 64

23 juin 2016

Décision du 23 juin 2016 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du Régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2016..... 320

24 juin 2016

Instruction n° DGS/SP3/2016/221 du 24 juin 2016 relative à la déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 269

27 juin 2016

Instruction n° DGS/PP1/2016/208 du 27 juin 2016 relative à l'organisation d'inspections des lieux de recherches autorisés à conduire des recherches biomédicales..... 108

29 juin 2016

Arrêté du 29 juin 2016 portant nomination à l'Organisme gestionnaire du développement rofessionnel continu 102

Décision n° DS2016-25 du 29 juin 2016 portant délégation de signature 65

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 66

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 67

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 69

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 70

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 71

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 72

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 73

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 74

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 75

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 76

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 77

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 78

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 79

Pages

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 80
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 81
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 82
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 83
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 84
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 85
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 86
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 87
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 88
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer .. 89
Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer .. 90

4 juillet 2016

Arrêté du 4 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 9 octobre 2015 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris 8
Décision n° 2016-151 du 4 juillet 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire 91

5 juillet 2016

Arrêté du 5 juillet 2016 portant inscription au titre de l'année 2016 au tableau d'avancement à la hors-classe des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux 263
Décision n° DS2016-24 du 5 juillet 2016 portant délégation de signature 92

6 juillet 2016

Arrêté du 6 juillet 2016 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé 103
Décision n° 2016-0061/DP/SG du 6 juillet 2016 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant organisation générale des services de la Haute Autorité de santé..... 93
Décision DG n° 2016-211 du 6 juillet 2016 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 98
Décision du 6 juillet 2016 portant délégation de signature 99

7 juillet 2016

Arrêté du 7 juillet 2016 portant autorisation temporaire d'exercice de la médecine en France..... 104

11 juillet 2016

Arrêté du 11 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 105
Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination du psychiatre référent national..... 106
Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination à l'Agence nationale du développement professionnel continu 107

Pages

Arrêté du 11 juillet 2016 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2017 ..... **284**

13 juillet 2016

Arrêté du 13 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 22 janvier 2016 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2016 ..... **1**

27 juillet 2016

Arrêté du 27 juillet 2016 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire - promotion 2015-2016 ..... **2**

Non daté

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.... **101**

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration générale

Arrêté du 13 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 22 janvier 2016 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2016 1

Arrêté du 27 juillet 2016 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire - promotion 2015-2016 2

Services déconcentrés

Note de service n° DREES/BPS/BCL/2016/199 du 9 juin 2016 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2016 dans les DRJSCS 4

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Arrêté du 15 juin 2016 portant nomination au conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 7

Arrêté du 4 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 9 octobre 2015 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris 8

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique 9

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 10

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 12

Décision du 14 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 13

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 14

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 15

Pages

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 17

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 18

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 20

Décision du 24 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique 22

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 23

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 25

Décision du 31 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 26

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 27

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 28

Décision du 7 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 29

Décision du 7 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 31

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 32

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 34

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 36

Pages

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 38

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 39

Décision du 20 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 40

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 41

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 42

Décision du 27 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 43

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 44

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique 45

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 46

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 48

Décision DG n° 65-2016 du 10 juin 2016 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique 50

Décision DG n° 96-2016 du 10 juin 2016 relative à la désignation du pharmacien responsable et du pharmacien responsable intérimaire de l'établissement pharmaceutique pour la protection de la population face aux menaces sanitaires grave 56

Décision DG n° 97-2016 du 10 juin 2016 relative à la nomination du pharmacien délégué de l'agence nationale de santé publique 58

Décision n° 2016-08 du 13 juin 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant nomination d'un déontologue au sein de l'Agence de la biomédecine 59

Décision n° 2016.0101/DC du 15 juin 2016 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination d'un membre de la commission des pratiques et des parcours 60

Décision DG n° 2016-203 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 61

Pages

Décision DG n° 2016-204 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 62

Décision DG n° 2016-205 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 63

Décision DG n° 2016-206 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 64

Décision n° DS2016-25 du 29 juin 2016 portant délégation de signature 65

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 66

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 67

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 69

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 70

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 71

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 72

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 73

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 74

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 75

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 76

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 77

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 78

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 79

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 80

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 81

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 82

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 83

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 84

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 85

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 86

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 87

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 88

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 89

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer ... 90

Décision n° 2016-151 du 4 juillet 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire 91

Décision n° DS2016-24 du 5 juillet 2016 portant délégation de signature 92

Décision n° 2016-0061/DP/SG du 6 juillet 2016 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant organisation générale des services de la Haute Autorité de santé 93

Décision DG n° 2016-211 du 6 juillet 2016 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 98

Décision du 6 juillet 2016 portant délégation de signature 99

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.... 101

Pages

SANTÉ

Professions de santé

Arrêté du 29 juin 2016 portant nomination à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu 102

Arrêté du 6 juillet 2016 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé 103

Arrêté du 7 juillet 2016 portant autorisation temporaire d'exercice de la médecine en France..... 104

Arrêté du 11 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 105

Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination du psychiatre référent national..... 106

Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination à l'Agence nationale du développement professionnel continu 107

Instruction n° DGS/PP1/2016/208 du 27 juin 2016 relative à l'organisation d'inspections des lieux de recherches autorisés à conduire des recherches biomédicales..... 108

Établissements de santé

Arrêté du 20 juin 2016 portant démission et nomination au Haut Conseil de la santé publique..... 110

Arrêté du 22 juin 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2016 112

Circulaire n° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé 114

Organisation

Instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/168 du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en oncopédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués 186

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..... 202

Instruction n° DGOS/PF5/R3/2016/182 du 2 juin 2016 relative au service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés..... 217

Instruction n° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile 220

Gestion

Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2016/202 du 21 juin 2016 relative au questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux 255

Personnel

Arrêté du 5 juillet 2016 portant inscription au titre de l'année 2016 au tableau d'avancement à la hors-classe des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux 263

Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGRH/A2-3/2016/198 du 16 juin 2016 relative à l'ouverture, en 2016, de postes de chefs de clinique universitaires de médecine générale dans le cadre du pacte territoire santé II 264

Pages

Santé publique

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

Instruction n° DGS/SP3/2016/221 du 24 juin 2016 relative à la déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ..... **269**

Santé environnementale

Note d'information n° DGS/EA1/EA4/DGOS/PF2/DGCS/2016/118 du 11 avril 2016 relative à la publication d'un guide technique portant sur la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux **280**

SOLIDARITÉS

Professions sociales

Arrêté du 11 juillet 2016 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2017 ..... **284**

Établissements sociaux et médico-sociaux

Arrêté du 17 juin 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (*JO*RF n° 148 du 26 juin 2016) **285**

Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016-2018 ..... **301**

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financement

Arrêté du 21 juin 2016 portant désignation des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale **317**

Décision du 23 juin 2016 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du Régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2016 ..... **320**

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 13 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 22 janvier 2016 portant nomination des membres du jury de fin de scolarité des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2016

NOR : *AFSR1630570A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 94-874 du 7 octobre 1994 modifié fixant les dispositions communes applicables aux stagiaires de l'État et de ses établissements publics ;

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

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

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

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

Arrête :

Article 1er

L'article 3 de la liste des membres de jury de fin de scolarité des élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale au titre de l'année 2016 est modifié comme suit :

M. Michel LAFORCADE, directeur général d'agence régionale de santé est remplacé par M. Pascal FLORENTIN, directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

M. Philippe SIBEUD, directeur départemental de l'action sanitaire et sociale est remplacé par Mme Christine JACQUEMOIRE, directrice départementale de la cohésion sociale.

Article 2

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

Fait le 13 juillet 2016.

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

Arrêté du 27 juillet 2016 portant composition du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire - promotion 2015-2016

NOR : *AFSR1630571A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret nº 90-973 du 30 octobre 1990 portant statut particulier du corps des ingénieurs du génie sanitaire ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 1992 modifié relatif à la formation des ingénieurs du génie sanitaire et notamment son article 5,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du jury de fin de formation des ingénieurs du génie sanitaire de la promotion 2015-2016 :

M. Charles SAOÛT, représentant le directeur général de la santé.

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

M. Olivier BLANCHARD, représentant le directeur de l'école des hautes études en santé publique.

Le directeur de stage du candidat concerné.

Article 2

Les directeurs de stage appelés à siéger au sein du jury de la promotion 2015-2016 sont les suivants :

Mme Caroline PAUL, direction générale de la santé, cheffe du bureau environnement extérieur et produits chimiques.

Mme Hélène MARIE, agence régionale de santé Ile de France, déléguée territoriale par intérim de la Seine-et-Marne.

M. Denis GELEZ, agence régionale de santé Centre-Val de Loire, délégué départemental d'Eure-et-Loir.

Mme Brigitte MOISSONNIER, agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, directrice adjointe santé publique et environnementale.

Mme Cécile BILLAUD, agence régionale de santé Alsace Champagne-Ardenne, cheffe du service santé environnement du site de Nancy.

M. Alban ROBIN, direction générale de la santé, chef de bureau de la qualité des eaux.

M. Zoheir MEKHLOUFI, agence régionale de santé Centre-Val de Loire, délégué départemental du Cher.

Mme Pascale GIRY, agence régionale de santé Île-de-France, responsable santé environnement.

Mme Pascale CHARBOIS-BUFFAUT, agence régionale de santé Centre-Val de Loire, responsable de veille et sécurité sanitaire.

M. Jérôme DUBREIL, agence régionale de santé océan Indien, délégation île de Mayotte, responsable service santé environnement.

Article 3

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

Fait le 27 juillet 2016.

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

ADMINISTRATION

SERVICES DÉCONCENTRÉS

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

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

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

Sous-direction de l'observation de la santé
et de l'assurance maladie

Sous-direction de l'observation de la solidarité

Note de service nº DREES/BPS/BCL/2016/199 du 9 juin 2016 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2016 dans les DRJSCS

NOR : *AFSE1617164N*

Examinée par le COMEX le 24 juin 2016.

Date d'application : immédiate.

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

Résumé : cette note de service précise la façon dont les DRJSCS seront déchargées d'une partie de leurs tâches pour les enquêtes Écoles 2016, celles-ci étant alors confiées à IPSOS.

Mots clés : enquête – établissements de formation – formations sociales – formations de la santé – inscrits – diplômes.

Annexe : Avis à renseigner et envoyer à la DREES.

Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; 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 en outre-mer ; Mesdames et Messieurs les responsables de l'observation et des statistiques ; Mesdames et Messieurs les statisticiens régionaux de la DREES.

Le calendrier de collecte et de validation des enquêtes écoles couvre la période de novembre 2016 à février 2017.

Les sites de collecte des enquêtes écoles ouvrent le 9 novembre 2016.

La collecte et la validation des données doivent être achevées pour le 24 février 2017, date de fermeture des sites.

En 2016, 1325 formations sociales et 1332 formations de santé feront l'objet d'enquêtes.

La répartition des tâches des enquêtes Écoles se fait comme suit :

- la société IPSOS :
  - envoie les courriers de lancement ;
  - effectue les premières relances auprès des établissements non répondants (téléphoniques, courriers et mails) ;
  - assure la hotline ;

– les DRJSCS :
  – envoient les fiches étudiants et les lettres annonçant l'enquête aux établissements en juin ;
  – relancent les établissements non répondants au cas par cas et effectuent les dernières relances en fin de collecte ;
  – contrôlent et valident les données des établissements sur le site de collecte ;
  – sollicitent les établissements en cas de problèmes sur les contrôles ;
  – renseignent le bordereau TA2C sur le nombre de diplômés par équivalence d'aides-soignants sur le site de collecte santé ;
  – mettent à jour le fichier FINESS tout au long de la collecte (modification, création).

Afin d'alléger la charge de travail des DRJSCS, la DREES propose, pour les DRJSCS qui en feraient la demande, de transférer à IPSOS les tâches suivantes :

– contrôle et validation des données des établissements sur le site de collecte ;
– sollicitation des établissements en cas de problèmes sur les contrôles.

Resteraient ainsi à la charge des gestionnaires en DRJSCS qui auraient souhaité l'aide d'IPSOS l'envoi des questionnaires auprès des établissements, le renseignement du tableau TA2C sur le site de collecte santé, la mise à jour de la base FINESS en cours de collecte, les dernières relances et la validation finale des données.

Afin que ce dispositif puisse être mis en œuvre, il est nécessaire que chaque DRJSCS indique sa position au regard de cette proposition, en renseignant l'encadré prévu en annexe (page suivante) et en la transmettant par voie de messagerie aux adresses e-mail indiquées ci-après :

thomas.vroylandt@sante.gouv.fr
benedicte.casteran-sacreste@sante.gouv.fr

Vous voudrez bien me faire part de toute difficulté dans la mise en œuvre de ce dispositif.

Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,
F. Von Lennep

ANNEXE

Avis à renseigner et envoyer à la DREES
au plus tard le 26 août 2016, aux adresses suivantes :

thomas.vroylandt@sante.gouv.fr
benedicte.casteran-sacreste@sante.gouv.fr

Région (préciser si l'enquête est gérée au niveau des nouvelles ou des anciennes régions) : .....

Nom du gestionnaire des enquêtes écoles :

Afin que ce dispositif puisse être mis en œuvre, il est nécessaire que chaque DRJSCS indique sa position au regard de cette proposition :

Souhaitez-vous qu'Ipsos prenne en charge le contrôle et la validation des données de l'enquête Écoles auprès des formations de la santé ?

OUI NON

Souhaitez-vous qu'Ipsos prenne en charge le contrôle et la validation des données de l'enquête Écoles auprès des formations sociales ?

OUI NON

Quelles sont les remarques et difficultés que ce dispositif présente : .....

Merci.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 15 juin 2016 portant nomination au conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630514A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 5322-18 ;

Vu l'arrêté du 29 septembre 2015 portant nomination au conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la proposition du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 2 juin 2016,

Arrête :

Article 1er

Mme Victoria ROLLASON est nommée en qualité de membre du conseil scientifique de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé au titre du 2° de l'article R. 5322-18 du code de la santé publique.

Article 2

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 15 juin 2016.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 4 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 9 octobre 2015 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris

NOR : *AFSA1630527A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le décret n° 74-355 du 26 avril 1974 modifié relatif à l'organisation et au régime administratif et financier des instituts nationaux de jeunes sourds et de l'Institut national de jeunes aveugles, notamment ses articles 4 et 12 ;

Vu l'arrêté du 9 octobre 2015 portant renouvellement des membres nommés du conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris,

Arrête :

Article 1er

Est nommé au conseil d'administration de l'Institut national de jeunes sourds de Paris : M. Pierre Deniziot, conseiller régional d'Île-de-France, en remplacement de M. Marc-Pierre Mancel.

Article 2

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

Fait le 4 juillet 2016.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630479S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-4-2, R. 2131-3 à R. 2131-5-4, R. 2131-22-2 ainsi que les articles R. 2131-30 et suivants ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2014-13 du 28 mai 2014 fixant la composition du dossier à l'article R. 2131-5-1 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 22 février 2016 par M. Paul BARRIERE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro* ;

Vu le dossier déclaré complet le 29 février 2016 ;

Considérant que M. Paul BARRIERE, médecin qualifié en biologie de la reproduction, est notamment titulaire d'un diplôme de maîtrise en biologie humaine et d'un doctorat en sciences de la vie et de la santé ; qu'il exerce l'activité de prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro* au sein du laboratoire de biologie de la reproduction du centre hospitalier universitaire de Nantes (hôpital mère-enfant) depuis 2011 en tant que praticien agréé ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Paul BARRIERE est agréé au titre de l'article R. 2131-22-2 du code de la santé publique pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation *in vitro*.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630480S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 9 mars 2016 par M. Joris ANDRIEUX aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire ;

Considérant que M. Joris ANDRIEUX, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'un diplôme interuniversitaire européen de cytogénétique moléculaire, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un doctorat en sciences ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique médicale du centre hospitalier régional universitaire de Lille (hôpital Jeanne de Flandre) depuis 2000 et en tant que praticien agréé depuis 2006 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Joris ANDRIEUX est agrée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 10 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630481S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 7 mars 2016 par M. Franck BROLY aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Considérant que M. Franck BROLY, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un doctorat en sciences de la vie et de la santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du centre de biologie et pathologie du centre hospitalier régional universitaire de Lille en tant que praticien agréé depuis 2001 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Franck BROLY est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 14 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630482S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 7 mars 2016 par Mme Claire-Marie DHAENENS aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Considérant que Mme Claire-Marie DHAENENS, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études approfondies de sciences de la vie et de la santé et d'un doctorat en biochimie et biologie moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du centre de biologie et pathologie du centre hospitalier régional universitaire de Lille depuis 2003 et en tant que praticien agréé depuis 2005 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Claire-Marie DHAENENS est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630477S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 21 décembre 2015 par M. Philippe JOLY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 17 février 2016 ;

Vu le dossier déclaré complet le 10 mars 2016 ;

Considérant que M. Philippe JOLY, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master en sciences, technologies, santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital Édouard-Herriot (Hospices civils de Lyon) depuis 2007 ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie depuis 2009 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Philippe JOLY est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 16 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630478S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n°2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n°2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 11 janvier 2016 par M. Nicolas CHATRON aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, et les analyses de génétique moléculaire ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 26 février 2016 ;

Vu le dossier déclaré complet le 10 mars 2016 ;

Considérant que M. Nicolas CHATRON, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un diplôme d'université de séquençage à haut débit et maladies génétiques ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique constitutionnelle du groupe hospitalier Est (Hospices civils de Lyon) depuis 2014 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Nicolas CHATRON est agréé au titre de l'article R.1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, et les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630483S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 22 janvier 2016 par Mme Pauline ROMANET aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 28 janvier 2016 ;

Considérant que Mme Pauline ROMANET, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique chromosomique de l'hôpital de la Timone Enfants (AP-HM) de novembre 2014 à avril 2015 ; qu'elle exerce au sein du laboratoire de biologie médicale de l'hôpital de la Conception (AP-HM) depuis mai 2015 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Pauline ROMANET est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630484S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 22 janvier 2016 par Mme Catherine TRICHET aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie et aux facteurs II et V et MTHFR ;

Vu le dossier déclaré complet le 1er février 2016 ;

Considérant que Mme Catherine TRICHET, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études approfondies de biologie et pharmacologie de l'hémostase et des vaisseaux ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du service de biologie clinique du centre hospitalier Victor-Dupouy, à Argenteuil, de 2003 à 2015 ; qu'elle exerce au sein du service d'hématologie biologique de l'hôpital Beaujon (AP-HP) depuis octobre 2015 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises ;

Considérant que la formation et l'expérience du demandeur en ce qui concerne la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie ne répondent pas aux critères définis par le conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en application de l'article R. 1131-7 du code de la santé,

Décide :

Article 1er

Mme Catherine TRICHET est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR.

L'agrément de Mme Catherine TRICHET pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie en application de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique est refusé.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispo-

sitions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 17 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630485S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 18 janvier 2016 par Mme Morgane PLUTINO aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux analyses de biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique ;

Vu le dossier déclaré complet le 1er février 2016 ;

Considérant que Mme Morgane PLUTINO, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, option biologie spécialisée génétique, d'un diplôme interuniversitaire de cytogénétique classique et moléculaire ainsi que d'un master recherche en génétique ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique constitutionnelle du centre de biologie pathologie Est (Hospices civils de Lyon) d'avril à novembre 2015 ; qu'elle exerce au sein du laboratoire de cytogénétique constitutionnelle du centre hospitalier universitaire de Nice (hôpital de l'Archet) depuis novembre 2015 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Morgane PLUTINO est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire et les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux analyses de biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 24 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des activités de diagnostic préimplantatoire en application des dispositions de l'article L. 2131-4-2 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630488S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-4-2, R. 2131-3 à R. 2131-5-4, R. 2131-22-2 ainsi que les articles R. 2131-30 et suivants ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2014-13 du 28 mai 2014 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 2131-5-1 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour exercer les activités de diagnostic préimplantatoire en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 15 mars 2016 par M. Pierre RAY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires ;

Considérant que M. Pierre RAY est notamment titulaire d'un doctorat ès sciences ; qu'il a exercé les activités de diagnostic préimplantatoire moléculaire au sein du service de génétique de l'hôpital Necker-Enfants malades (AP-HP) de 1999 à 2003 ; qu'il exerce les analyses de génétique moléculaire au sein du laboratoire de diagnostic préimplantatoire moléculaire du centre hospitalier universitaire de Grenoble-Alpes depuis 2003 ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire depuis 2008 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Pierre RAY est agréé au titre de l'article R. 2131-22-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables au diagnostic prénatal et au diagnostic préimplantatoire, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630486S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 21 janvier 2016 par M. Thierry LEVADE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 3 février 2016 ;

Considérant que M. Thierry LEVADE, médecin qualifié, est notamment titulaire de certificats d'études spéciales d'hématologie et de diagnostic biologique parasitaire, d'un certificat d'études supérieures de parasitologie générale ainsi que d'un doctorat en biochimie ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie de l'institut fédératif de biologie du centre hospitalier universitaire de Toulouse (hôpital Purpan) depuis 2006 ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux maladies héréditaires du métabolisme depuis 2006 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Thierry LEVADE est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 30 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630487S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 27 janvier 2016 par Mme Houda HAMDI-ROZE aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier complet déclaré complet le 2 février 2016 ;

Considérant que Mme Houda HAMDI-ROZE, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master en génétique moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire et génomique du centre hospitalier universitaire de Rennes (hôpital Pontchaillou) depuis mai 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Houda HAMDI-ROZE est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 31 mars 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630492S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 29 février 2016 par M. Nicolas PALLET aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Considérant que M. Nicolas PALLET, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un doctorat en pharmacologie moléculaire et cellulaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de biochimie de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (AP-HP) depuis novembre 2012 ;

Considérant que la formation et l'expérience du demandeur en ce qui concerne la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ne répondent pas aux conditions d'exercice fixées par les articles L. 6213-1 et suivants du code de la santé publique,

Décide :

Article 1er

L'agrément de M. Nicolas PALLET pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique, en application des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 et suivants du code de la santé publique, est refusé.

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

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630489S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 4 février 2016 par Mme Claire LAFAY-CHEBASSIER aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Vu le dossier déclaré complet le 12 février 2016 ;

Considérant que Mme Claire LAFAY-CHEBASSIER, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée, d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales ainsi que d'un doctorat en sciences de la vie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire du centre hospitalier universitaire de Poitiers depuis 2010 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Claire LAFAY-CHEBASSIER est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 4 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630490S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 9 février 2016 par Mme Lydie BURGLEN aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 12 février 2016 ;

Considérant que Mme Lydie BURGLEN, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'un doctorat en génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du département de génétique et d'embryologies médicales de l'hôpital Armand-Trousseau, à Paris (AP-HP), depuis 1999 ; qu'elle a disposé d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire de 2002 à 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Lydie BURGLEN est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 7 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630491S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 16 février 2016 par Mme Pascale CORNILLET LEFEBVRE aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;

Vu le dossier déclaré complet le 17 février 2016 ;

Considérant que Mme Pascale CORNILLET LEFEBVRE, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un diplôme d'études approfondies en génie biologique ; qu'elle exerce les activités de génétique moléculaire au sein du laboratoire d'hématologie du centre hospitalier universitaire de Reims depuis 1989 ; qu'elle a disposé d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'étude de la coagulation de 2001 à 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Pascale CORNILLET LEFEBVRE est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 7 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630494S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 15 mars 2016 par M. Kamran MORADKHANI aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Considérant que M. Kamran MORADKHANI, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'une attestation de formation spécialisée approfondie en génétique médicale et d'un diplôme d'études approfondies en biologie-santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de génétique médicale du centre hospitalier universitaire de Nantes depuis 2013 ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire depuis 2011 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Kamran MORADKHANI est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

La directrice générale,
A. Courrèges

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1630502S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 et R. 2131-10 à R. 2131-22 ;

Vu la décision n° 2014-15 du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 22 décembre 2015 par le centre hospitalier universitaire de Rennes-site hôpital Sud aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 7 avril 2016 ;

Considérant que les praticiens proposés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire définie à l'article R. 2131-12 du code de la santé publique font état de formations, compétences et expériences leur conférant le niveau d'expertise requis pour assurer les missions d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Considérant que les modalités prévues de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires susvisées,

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du centre hospitalier universitaire de Rennes-hôpital Sud est autorisé pour une durée de cinq ans.

Article 2

Les noms des praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal appartenant aux catégories définies au 1° de l'article R. 2131-12 du code de la santé publique figurent en annexe de la présente décision.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

À LA DÉCISION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE DU 11 AVRIL 2016

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier universitaire de Rennes-hôpital Sud appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique

Mme	Gwénaëlle	LE BOUAR.
Mme	Hélène	ISLY.
Mme	Corinne	LONCLE-LANGLOIS.
Mme	Marie-Claire	PAILLEREAU.
M.	Pierre-Yves	MOQUET.
M.	Éric	VAUCELLE.
M.	Dominique	AUSSEL.

Échographie du fœtus

M.	Dominique	D'HERVE.
Mme	Anne-Sophie	CABARET-DUFOUR.
Mme	Céline	ROZEL.

Pédiatrie néonatologie

M.	Alain	BEUCHEE.
M.	Patrick	PLADYS.
Mme	Armelle	DE LA PINTIERE.
Mme	Reine	DE LA VILLEMARQUE.
Mme	Isabelle	BLANCHOT.

Génétique médicale

Mme	Sylvie	ODENT.
M.	Laurent	PASQUIER.
Mme	Chloé	QUELIN.
Mme	Mélanie	FRADIN.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1630504S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 et R. 2131-10 à R. 2131-22 ;

Vu la décision n° 2014-15 du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 13 janvier 2016 par le centre hospitalier de Saint-Brieuc - hôpital Yves-Le Foll aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 7 avril 2016 ;

Considérant que les praticiens proposés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire définie à l'article R. 2131-12 du code de la santé publique font état de formations, compétences et expériences leur conférant le niveau d'expertise requis pour assurer les missions d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Considérant que les modalités prévues de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires susvisées,

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du centre hospitalier de Saint-Brieuc - hôpital Yves-Le Foll est autorisé pour une durée de cinq ans.

Article 2

Les noms des praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal appartenant aux catégories définies au 1° de l'article R. 2131-12 du code de la santé publique figurent en annexe de la présente décision.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

À LA DÉCISION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE DU 11 AVRIL 2016

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier de Saint-Brieuc - hôpital Yves-Le Foll appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique

Mme	Claire	COMBESCURE.
M.	Etienne	MOINON.
Mme	Arielle	RENAUD GIONO.

Échographie du fœtus

M.	Christian	CALVEZ.
Mme	Stéphanie	COUVREUR.
Mme	Anne-Gaëlle	GREBILLE RUETTE.

Pédiatrie néonatologie

Mme	Emmanuelle	BOUTARIC.
Mme	Fanny	LE MOUEL.
Mme	Marie-Cécile	ANDRO.
Mme	Anne	BUSNEL.
Mme	Stéphanie	SOIVE.
Mme	Mélanie	HENRIAT.

Génétique médicale

Mme	Mélanie	FRADIN.
Mme	Sylvie	BERNARD-BEUFE.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 11 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1630505S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 et R. 2131-10 à R. 2131-22 ;

Vu la décision n° 2014-15 du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 1er février 2016 par le centre hospitalier universitaire de La Réunion (hôpital Félix-Guyon à Saint-Denis - hôpital Sud-Réunion à Saint-Pierre) aux fins d'obtenir l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 7 avril 2016 ;

Considérant que les praticiens proposés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire définie à l'article R. 2131-12 du code de la santé publique font état de formations, compétences et expériences leur conférant le niveau d'expertise requis pour assurer les missions d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Considérant que les modalités prévues de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires susvisées,

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du centre hospitalier universitaire de La Réunion (hôpital Félix-Guyon à Saint-Denis - hôpital Sud-Réunion à Saint-Pierre) est autorisé pour une durée de cinq ans.

Article 2

Les noms des praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal appartenant aux catégories définies au 1° de l'article R. 2131-12 du code de la santé publique figurent en annexe de la présente décision.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

À LA DÉCISION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE DU 27 AVRIL 2016

Annule et remplace l'annexe à la décision du 11 avril 2016

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier universitaire de La Réunion (hôpital Félix-Guyon à Saint-Denis - hôpital Sud-Réunion à Saint-Pierre) appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique

Mme	Aurore	DUCHATEAU.
M.	Rachid	EL AMRANI.
M.	Jacques	TUAILLON.

Échographie du fœtus

M.	Thierry	ABOSSOLO.
M.	Fabrice	CUILLIER.
Mme	Coralie	DUMONT.
M.	Thierry	GERVAIS.
Mme	Annick	LAFFITTE.

Pédiatrie néonatologie

M.	Brahim	BOUMAHNI.
Mme	Magali	CARBONNIER.
Mme	Maéva	GRONDARD.
M.	Dushka Kumar	RAMFUL.
M.	Pierre Yves	ROBILLARD.

Génétique médicale

M.	Jean-Luc	ALESSANDRI.
Mme	Bérénice	DORAY.
Mme	Marie-Line	JACQUEMONT.
Mme	Hanitra	RANDRIANAIVO.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630493S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 24 mars 2016 par M. Nicolas GRUCHY aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Considérant que M. Nicolas GRUCHY, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier universitaire de Caen depuis 2007 et en tant que praticien agréé depuis 2011 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Nicolas GRUCHY est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 19 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630496S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 16 février 2015 par Mme Elham HARFOUCH aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 18 février 2016 ;

Vu le dossier déclaré complet le 1er mars 2016 ;

Considérant que Mme Elham HARFOUCH, médecin qualifiée en biologie médicale, est notamment titulaire d'un doctorat en immunologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire HLA de l'Établissement français du sang de Créteil depuis septembre 2014 ; qu'elle a effectué un stage au sein du laboratoire de génétique moléculaire de l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP) et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Elham HARFOUCH est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 20 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630495S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 15 avril 2016 par M. Alexandre EVRARD aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Considérant que M. Alexandre EVRARD, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée et d'un doctorat en biologie-santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie du centre hospitalier universitaire de Nîmes depuis 2003 et en tant que praticien agréé depuis 2011 ; que les résultats de son activité sont jugés satisfaisants et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Alexandre EVRARD est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630499S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 25 mars 2016 par M. Paul KUENTZ aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 8 avril 2016 ;

Considérant que M. Paul KUENTZ, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, option biologie spécialisée, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'un diplôme universitaire de séquençage haut débit et maladies génétiques ; qu'il a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie médicale du centre hospitalier universitaire de Besançon de novembre 2012 à mai 2015 ; qu'il exerce au sein du laboratoire de génétique chromosomique et moléculaire du centre hospitalier universitaire de Dijon depuis mai 2015 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Paul KUENTZ est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 25 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630500S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 25 mars 2016 par Mme Céline CARUBA-BAFGHI aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hémochromatose ;

Vu le dossier déclaré complet le 8 avril 2016 ;

Considérant que Mme Céline CARUBA-BAFGHI, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme interuniversitaire maladies héréditaires du métabolisme et d'un diplôme universitaire syndrome drépanocytaire majeur ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie du centre hospitalier universitaire de Nice depuis 2005 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Céline CARUBA-BAFGHI est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hémochromatose.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 27 avril 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630501S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 25 avril 2016 par Mme Nathalie JONES aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire

Considérant que Mme Nathalie JONES, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat en sciences ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire de l'Institut Bergonié, à Bordeaux, depuis octobre 2012 ;

Considérant que la formation et l'expérience du demandeur en ce qui concerne la pratique des analyses de génétique moléculaire ne répondent pas aux conditions d'exercice fixées par les articles L. 6213-1 et suivants du code de la santé publique,

Décide :

Article 1er

L'agrément de Mme Nathalie JONES pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en application des articles R. 1131-6 et L. 6213-2 et suivants du code de la santé publique est refusé.

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

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. DEBEAUMONT

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630497S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 16 février 2016 par M. Olivier FARCHI aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 15 avril 2016 ;

Vu le dossier déclaré complet le 3 mai 2016 ;

Considérant que M. Olivier FARCHI, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master en immunologie ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service d'immunologie du centre hospitalier régional universitaire de Lille depuis novembre 2013 ; qu'il a effectué un stage au sein de l'institut de biochimie et biologie moléculaire du centre hospitalier régional universitaire de Lille et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Olivier FARCHI est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 9 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : *AFSB1630498S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1131-3, R. 1131-2 et R. 1131-6 à R. 1131-12 ;

Vu la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine n° 2013-15 du 23 décembre 2013 fixant la composition du dossier prévu à l'article R. 1131-9 du code de la santé publique à produire à l'appui d'une demande d'agrément de praticien pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales ;

Vu la délibération n° 2013-CO-45 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 21 novembre 2013 fixant les critères d'agrément des praticiens pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne à des fins médicales en application de l'article L. 1418-4 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 16 février 2016 par Mme Pauline VARLET aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 15 avril 2016 ;

Vu le dossier déclaré complet le 3 mai 2016 ;

Considérant que Mme Pauline VARLET, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master biologie-santé, spécialité hôte-greffon ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'immunologie du centre hospitalier régional universitaire de Lille depuis novembre 2014 ; qu'elle a effectué un stage au sein de l'institut de biochimie et biologie moléculaire du centre hospitalier régional universitaire de Lille et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Pauline VARLET est agréée au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA.

Article 2

Le présent agrément est délivré pour une durée de cinq ans. En cas d'urgence, il peut être suspendu à titre conservatoire, pour une durée maximale de trois mois, par le directeur général de l'Agence de la biomédecine. L'agrément peut également être retiré, selon les modalités prévues par les dispositions des articles du code de la santé publique susvisés, en cas de violation des dispositions législatives ou réglementaires applicables à l'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou à son identification par empreintes génétiques à des fins médicales, ou de violation des conditions fixées par l'agrément.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice juridique,
A. Debeaumont

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1630503S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 et R. 2131-10 à R. 2131-22 ;

Vu la décision n° 2014-15 du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 23 décembre 2015 par le centre hospitalier universitaire de Poitiers-La Milétrie aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du directeur général de l'agence régionale de santé en date du 19 février 2016 ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 12 mai 2016 ;

Considérant que les praticiens proposés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire définie à l'article R. 2131-12 du code de la santé publique font état de formations, compétences et expériences leur conférant le niveau d'expertise requis pour assurer les missions d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Considérant que les modalités prévues de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires susvisées,

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du centre hospitalier universitaire de Poitiers-La Milétrie est autorisé pour une durée de cinq ans.

Article 2

Les noms des praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal appartenant aux catégories définies au 1° de l'article R. 2131-12 du code de la santé publique figurent en annexe de la présente décision.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

À LA DÉCISION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE DU 13 MAI 2016

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier universitaire de Poitiers-La Milétrie appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique

Mme	Martine	MARECHAUD.
Mme	Valérie	GOUA.
M.	Fabrice	PIERRE.

Échographie du fœtus

Mme	Martine	MARECHAUD.
Mme	Valérie	GOUA.

Pédiatrie néonatologie

Mme	Emmanuelle	DESCOMBES-BARROSO.
Mme	Lorraine	PIGUEL.
M.	Guillaume	LEVARD.
M.	Jihad	MCHEIK.

Génétique médicale

Mme	Brigitte	GILBERT-DUSSARDIER.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1630506S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-1 et R. 2131-10 à R. 2131-22 ;

Vu la décision n° 2014-15 du 7 juillet 2014 fixant la composition du dossier de demande d'autorisation prévu à l'article R. 2131-13 du code de la santé publique ;

Vu la demande présentée le 12 février 2016 par le centre hospitalier universitaire de Grenoble (hôpital Nord) aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu les informations complémentaires apportées par le demandeur ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 12 mai 2016 ;

Considérant que les praticiens proposés pour constituer l'équipe pluridisciplinaire définie à l'article R. 2131-12 du code de la santé publique font état de formations, compétences et expériences leur conférant le niveau d'expertise requis pour assurer les missions d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Considérant que les modalités prévues de fonctionnement du centre sont conformes aux dispositions réglementaires susvisées,

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du centre hospitalier universitaire de Grenoble (hôpital Nord) est autorisé pour une durée de cinq ans.

Article 2

Les noms des praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal appartenant aux catégories définies au 1° de l'article R. 2131-12 du code de la santé publique figurent en annexe de la présente décision.

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

À LA DÉCISION DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE DE LA BIOMÉDECINE DU 13 MAI 2016

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du centre hospitalier universitaire de Grenoble (hôpital Nord) appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique

M.	Jean-Claude	REYNAUD.
Mme	Véronique	EQUY.
Mme	Catherine	THONG VANH.
M.	Jean-Claude	PONS.
M.	Jacques Noël	CANONICA.
Mme	Nadia	LETICEE.
M.	Pierre	ARNOULD.
Mme	Claire	DUBOIS.
Mme	Virginie	GUIGUE.

Échographie du fœtus

M.	Marc	ALTHUSER.
M.	Thierry	TOMASELLA.
Mme	Dominique	MARCHAL ANDRE.
Mme	Danielle	TOURNADRE.

Pédiatrie néonatologie

M.	Pierre	ANDRINI.
Mme	Catherine	MAREY.
M.	Thierry	DEBILLON.
Mme	Dominique	JEAN.

Génétique médicale

Mme	Florence	AMBLARD.
Mme	Françoise	DEVILLARD.
Mme	Véronique	SATRE.
M.	Pierre Simon	JOUK.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSP
Agence nationale de santé publique
Santé publique France

Décision DG nº 65-2016 du 10 juin 2016 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique

NOR : *AFSX1630515S*

Le directeur général de l'Agence nationale de santé publique,

Vu le code de la santé publique, notamment son chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie ;

Vu la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 166 ;

Vu l'ordonnance nº 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, et en particulier son article 4 ;

Vu le décret nº 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique ;

Vu le décret du 10 juin 2016, portant nomination du directeur général de l'Agence nationale de santé publique - BOURDILLON (François),

Décide :

Article 1er

Délégation permanente est donnée à M. Martial METTENDORFF, directeur général adjoint, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, tous les actes et décisions qui ne sont pas réservés au conseil d'administration en vertu des dispositions des articles R. 1413-12 et R. 1413-13 du code de la santé publique.

Article 2

Délégation est donnée à Mme Viviane FOUCOUT, directrice des achats et du contrôle de la dépense, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

- l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 250 000 € ;
- les marchés publics d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 € ;
- les certifications de service fait sans limitation de montant ;
- tous les actes relatifs à l'exécution courante des marchés publics ;
- les ordres de mission en France métropolitaine et les frais afférents ;
- les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation prit par la ministre en charge de la santé et les frais afférents ou suite à l'application des dispositions de l'arrêté D. 3134-2 du code de la santé publique ;
- les ordres de mission en outre-mer ou à l'étranger, sous réserve d'un accord favorable signé préalablement par la direction générale et les frais afférents ;
- les avis de réunion en France métropolitaine, en outre-mer et à l'étranger et les convocations valant ordre de mission ;
- toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des achats et du contrôle de la dépense, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 3

Délégation est donnée à M. Chérif TADJER, responsable de l'unité contrôle de la dépense au sein de la direction des achats et du contrôle de la dépense, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 € ;
– les certifications de service fait d'un montant hors taxes inférieurs à 135 000 €.

Article 4

Délégation est donnée à M. Frédéric GRELET, responsable de l'unité missions et déplacements au sein de la direction des achats et du contrôle de la dépense, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les ordres de mission en France métropolitaine et les frais afférents ;
– les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation prit par la ministre en charge de la santé et les frais afférents, ou suite à l'application des dispositions de l'arrêté D. 3134-2 du code de la santé publique ;
– les ordres de mission en outre-mer ou à l'étranger, sous réserve d'un accord favorable signé préalablement par la direction générale et les frais afférents ;
– les avis de réunion en France métropolitaine, en outre-mer et à l'étranger et les convocations valant ordre de mission ;
– les certifications de service fait sans limitation de montant dans le cadre des déplacements.

Article 5

Délégation est donnée à M. Lionel LACAZE, responsable des services généraux et immobilier, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxes inférieur à 5 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande sans limitation de montant.

Article 6

Délégation est donnée à M. Paul-Henri LAMPE, directeur des systèmes d'information, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande pour des achats de matériels et logiciels informatiques d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant ;
– les demandes d'autorisation d'élimination et les autorisations de destruction des matériels informatiques réformés.

Article 7

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Paul-Henri LAMPE, directeur des systèmes d'information, délégation est donnée à M. Hamid AISSAT, adjoint au directeur des systèmes d'information, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande pour des achats de matériels et logiciels informatiques d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant ;
– les demandes d'autorisation d'élimination et les autorisations de destruction des matériels informatiques réformés.

Article 8

Délégation est donnée à Mme Céline DEROCHE, directrice de la documentation, veille et archives, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'ouvrages et d'abonnement d'un montant hors taxes inférieur à 5 000 € ;

– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant ;

– les demandes d'autorisation d'élimination d'archives publiques à transmettre pour validation à la mission des Archives nationales ;

– les bordereaux de versement d'archives aux Archives nationales (archives sous format papier ou informatique) ;

– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction de la documentation, veille et archives, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 9

Délégation est donnée à Mme Véronique BONY, directrice de l'aide et diffusion aux publics, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande relatifs au marché routage d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 € ;

– les bons de commande relatifs aux marchés d'impression d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 €, sous réserve d'une autorisation préalable de la direction générale ;

– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant.

Article 10

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Véronique BONY, directrice de l'aide et diffusion aux publics, délégation est donnée à Mme Karine GROUARD, adjointe à la directrice de l'aide et diffusion aux publics, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande relatifs au marché routage d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 € ;

– les bons de commande relatifs aux marchés d'impression d'un montant hors taxes inférieur à 25 000 €, sous réserve d'une autorisation préalable de la direction générale ;

– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant.

Article 11

Délégation est donnée à M. Éric AMAUDRY, directeur des ressources humaines, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– tous actes et décisions, y compris les conventions de formation, les bons de commandes et attestations de service fait, les éléments variables de la paie, ainsi que les autorisations de cumul d'activité, sous réserve de l'avis favorable préalable de la direction générale ; et à l'exclusion des contrats et conventions de plus de six mois, des congés sans rémunération, congés de mobilité et congés de formation professionnelle ; des conventions de mise à disposition de toute durée, des sanctions et des licenciements ;

– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des ressources humaines, y compris les courriers relatifs aux opérations de recrutement, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 12

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric AMAUDRY, directeur des ressources humaines, délégation est donnée à Mme Marie-Julie MONTARRY, directrice adjointe des ressources humaines, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– tous actes et décisions, y compris les conventions de formation, les bons de commandes et attestations de service fait, les éléments variables de la paie, ainsi que les autorisations de cumul d'activité, sous réserve de l'avis favorable préalable de la direction générale ; et à l'exclusion des contrats et conventions de plus de six mois, des congés sans rémunération, congés de mobilité et congés de formation professionnelle ; des conventions de mise à disposition de toute durée, des sanctions et des licenciements ;
– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des ressources humaines, y compris les courriers relatifs aux opérations de recrutement, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 13

Délégation est donnée à M. Pierre-Hugues GLARDON, directeur de la programmation budgétaire et du contrôle de gestion, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, tous les actes, décisions et courriers relatifs à la gestion courante des subventions, des partenariats et des conventions, y compris celle de recherche et développement, sans limitation de montant, ainsi que les certifications de service fait, sans limitation de montant, à l'exception des notifications de subventions, de conventions et de leurs avenants, des décisions attributives et des réfactions.

Article 14

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Pierre-Hugues GLARDON, directeur de la programmation budgétaire et du contrôle de gestion, délégation est donnée à M. Grégoire DELEFORTERIE, responsable de l'unité conventions et partenariats au sein de la direction de la programmation budgétaire et du contrôle de gestion, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, tous les actes, décisions et courriers relatifs à la gestion courante des subventions, des partenariats et des conventions y compris celle de recherche et développement sans limitation de montant ainsi que les certifications de service fait sans limitation de montant, à l'exception des notifications de subventions, de conventions et de leurs avenants, des décisions attributives et des réfactions.

Article 15

Délégation est donnée à M. Philippe BOURRIER, directeur de l'alerte et des crises, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les ordres de mission des réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé et les frais afférents ainsi que les attestations de service fait ;
– les bons de commande relatifs à l'achat de biens ou de services d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant ;
– les attestations de service fait pour la prise de poste des réservistes sanitaires, y compris ceux rémunérés.

Article 16

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés de M. François BOURDILLON et de M. Martial METTENDORFF, délégation est donnée à M. Philippe BOURRIER, directeur de l'alerte et des crises, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les contrats d'engagement des réservistes sanitaires ;
– les bons de commande de produits ou services, à la demande du ministre chargé de la santé, en cas d'urgence impérieuse.

Article 17

Délégation est donnée à M. Jean-Claude DESENCLOS, directeur scientifique, adjoint au directeur général, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– la validation des rapports, articles et études scientifiques ;
– la validation des dossiers CNIL ;
– les actes et décisions à caractère scientifique.

Article 18

Délégation est donnée à Mme Clara de BORT, responsable de l'unité réserve sanitaire, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, les ordres de mission des réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé, les frais afférents ainsi que les attestations de service fait.

Article 19

Délégation est donnée à M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'achat de produits ou services d'un montant hors taxes inférieur à 5 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant.

Article 20

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés de M. François BOURDILLON, de M. Martial METTENDORFF et de M. Philippe BOURRIER, délégation est donnée à M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, les bons de de produits ou services, à la demande du ministre chargé de la santé, en cas d'urgence impérieuse.

Article 21

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, délégation est donnée à M. Lionel de MOISSY, pharmacien responsable intérimaire, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'achat de produits ou services d'un montant hors taxes inférieur à 5 000 € ;
– les attestations de service fait des bons de commande, sans limitation de montant.

Article 22

Délégation est donné, aux personnes dont la liste suit, et chacune pour ce qui concerne sa direction, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, toute correspondance, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé, de valider les données produites par les partenaires et transmises à l'Agence nationale de santé publique et à ses directions :

M. Philippe BOURRIER, directeur de la direction de l'alerte et des crises.

Mme Anne GALLAY, directrice de la direction des régions.

Mme Sylvie QUELET, directrice de la direction des maladies infectieuses.

M. Bruno COIGNARD, adjoint à la directrice de la direction des maladies infectieuses.

Mme Isabelle GREMY, directrice de la direction des maladies non transmissibles et traumatismes.
Mme Emmanuelle BAUCHET, adjointe à la directrice de la direction des maladies non transmissibles et traumatismes.

M. Didier JOURDAN, directeur de la direction de la prévention et de la promotion de la santé ;

Mme Isabelle DOLIVET, adjointe au directeur de la direction de la prévention et de la promotion de la santé.

Mme Paule DEUTSCH, adjointe au directeur de la direction de la prévention et de la promotion de la santé.

M. Pierre ARWIDSON, adjoint au directeur de la direction de la prévention et de la promotion de la santé.

Mme Véronique BONY, directrice de la direction de l'aide et de la diffusion aux publics.

Mme Karine GROUARD, adjointe à la directrice de la direction de l'aide et de la diffusion aux publics.

M. Sébastien DENYS, directeur de la direction santé environnement.

Mme Catherine BUISSON, directrice de la direction santé travail.

M. Pascal EMPEREUR-BISSONNET, adjoint à la directrice de la direction santé travail.

Article 23

Délégation est donnée aux directeurs et leurs adjoints, et chacun pour ce qui concerne sa direction, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, toutes les attestations de service fait, sans limitation de montant.

En cas d'absence ou d'empêchement des directeurs et de leurs adjoints, délégation est donnée aux responsables d'unité, et chacun pour ce qui concerne son unité, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, toutes les attestations de service fait, sans limitation de montant.

Article 24

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 10 juin 2016.

Le directeur général,
Pr. F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSP
Agence nationale de santé publique
Santé publique France

Décision DG nº 96-2016 du 10 juin 2016 relative à la désignation du pharmacien responsable et du pharmacien responsable intérimaire de l'établissement pharmaceutique pour la protection de la population face aux menaces sanitaires grave

NOR : *AFSX1630517S*

Le directeur général de l'Agence nationale de santé publique,

Vu le code de la santé publique, notamment son chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie ;

Vu le code de la santé publique, article L. 5124-2 mentionnant l'établissement pharmaceutique ouvert par l'Agence nationale de santé publique (ANSP) pour les actions concernant les médicaments et produits énoncés à l'article L. 4211-1 du code précité et les dispositions des articles R. 5124-16, R. 5124-23, R. 5124-24, R. 5124-34 et R. 5124-36 du code de la santé publique ;

Vu la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 166 ;

Vu l'ordonnance nº 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique et en particulier son article 4 et son article L. 1413-4 du code de la santé publique ;

Vu le décret nº 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique ;

Vu le décret du 10 juin 2016, portant nomination du directeur général de l'Agence nationale de santé publique - BOURDILLON (François),

Décide :

Article 1er

M. Laurent THEVENIAUD, docteur en pharmacie, est désigné, à compter du 10 juin 2016, pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves.

En sa qualité de pharmacien responsable pour le compte de l'établissement pharmaceutique de l'Agence nationale de santé publique, il assume les missions suivantes correspondant aux activités de l'établissement défini dans les autorisations d'ouverture des établissements pharmaceutiques en date du 23 mars 2009 ainsi que celle en date du 2 décembre 2015.

Le pharmacien responsable a en particulier la charge :

- d'organiser et de surveiller l'ensemble des opérations pharmaceutiques de l'Agence nationale de santé publique, et notamment la fabrication, l'information, la pharmacovigilance, le suivi et le retrait des lots, la distribution, l'importation et l'exportation des médicaments, produits, objets ou articles concernés ainsi que les opérations de stockage correspondantes ;
- de veiller à ce que les conditions de transport garantissent la bonne conservation, l'intégrité et la sécurité de ces médicaments, produits, objets ou articles ;
- de l'autorité sur les pharmaciens délégués ;
- de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires en vue du respect des obligations prévues aux articles R. 5124-48 et R. 5124-48-1 du code de la santé publique.

Le pharmacien responsable est membre de la direction de l'Agence nationale de santé publique.

Article 2

M. Lionel de MOISSY, docteur en pharmacie, est désigné pharmacien responsable intérimaire.

Article 3

La présente décision sera transmise au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé conformément à l'article R; 5124-35 du code de la santé publique et sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 10 juin 2016.

Le directeur général de l'ANSP,
Pr F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSP
Agence nationale de santé publique
Santé publique France

Décision DG nº 97-2016 du 10 juin 2016 relative à la nomination du pharmacien délégué de l'agence nationale de santé publique

NOR : *AFSX1630516S*

Le directeur général de l'Agence nationale de santé publique,

Vu le code de la santé publique, notamment son chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie ;

Vu le code de la santé publique, article L. 5124-2 mentionnant l'établissement pharmaceutique ouvert par l'Agence nationale de santé publique (ANSP) pour les actions concernant les médicaments et produits énoncés à l'article L. 4211-1 du code précité et les dispositions des articles R. 5124-16, R. 5124-23, R. 5124-24, R. 5124-34 et R. 5124-36 ;

Vu la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 166 ;

Vu l'ordonnance no 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, et en particulier son article 4 et son article L. 1413-4 du code de la santé publique ;

Vu le décret no 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique;

Vu le décret du 10 juin 2016, portant nomination du directeur général de l'Agence nationale de santé publique - BOURDILLON (François),

Décide :

Article 1er

M. Jean-Baptiste LOISEAU est désigné pharmacien délégué de l'établissement pharmaceutique de stockage et de distribution, dénommé plateforme nationale des stocks stratégiques de santé, situé au 1, route d'Alsace-Lorraine, à Marolles (51), à compter de l'autorisation d'ouverture accordée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Article 2

La présente décision prend effet à compter du 10 juin 2016.

Article 3

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 10 juin 2016.

Le directeur général de l'ANSP,
Pr F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision n° 2016-08 du 13 juin 2016 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant nomination d'un déontologue au sein de l'Agence de la biomédecine

NOR : *AFSB1630507S*

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1451-4 et R. 1451-10 à R. 1451-16,

Décide :

Article 1er

M. Samuel Arrabal est désigné pour remplir les fonctions de déontologue au sein de l'Agence de la biomédecine.

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 sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 13 juin 2016.

La directrice générale,
A. Courrèges

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision nº 2016.0101/DC du 15 juin 2016 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination d'un membre de la commission des pratiques et des parcours

NOR : *HASX1630518S*

Le collège de la Haute Autorité de santé, ayant valablement délibéré en sa séance du 15 juin 2016,

Vu les articles L. 161-37 et suivants et R. 161-77 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu la décision nº 2014.0250/DC/SJ du 10 décembre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé adoptant le règlement intérieur du collège ;

Vu la décision nº 2014.0251/DC du 10 décembre 2014 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination du président de la commission des pratiques et des parcours ;

Vu la décision nº 2015.0005/DC du 21 janvier 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant nomination des membres de la commission des pratiques et des parcours ;

Vu la déclaration d'intérêts transmise par le candidat et son engagement à se déporter s'il a des liens d'intérêts susceptibles d'être considérés comme pouvant porter atteinte à son indépendance ;

Vu le Guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la Haute Autorité de santé,

Décide :

Article 1er

M. Philippe DEGRAVI est nommé membre de la commission des pratiques et des parcours, en remplacement de M. Jean MANE, démissionnaire.

Article 2

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

Fait le 15 juin 2016.

Pour le collège :
La présidente,
Pr A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG nº 2016-203 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630520S*

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG nº 2012-237 du 24 septembre 2012 modifiée portant organisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1er

Est désignée en qualité d'inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé Mme Catherine LEFEBVRE, docteur en pharmacie.

Article 2

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

Fait le 22 juin 2016.

Le directeur général,
Dr D. Martin

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG nº 2016-204 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630521S*

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG nº 2016-203 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1er

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

Article 2

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

Fait le 22 juin 2016.

Le directeur général,
Dr D. Martin

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG nº 2016-205 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630523S*

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG nº 2012-237 du 24 septembre 2012 modifiée portant organisation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1er

Est désigné en qualité d'inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : M. Olivier DIBY, docteur en médecine.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 22 juin 2016.

Le directeur général,
Dr D. Martin

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG nº 2016-206 du 22 juin 2016 portant habilitation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630524S*

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG nº 2016-205 du 22 juin 2016 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1er

En application des articles L. 5313-1 à L. 5313-3 et R. 5412-1 du code de la santé publique, est habilité à la recherche et à la constatation d'infractions pénales l'inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dont le nom suit : M. Olivier DIBY, docteur en médecine.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 22 juin 2016.

Le directeur général,
Dr D. Martin

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 nº DS2016-25 du 29 juin 2016 portant délégation de signature

NOR : *AFSX1630559S*

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

Vu l'article L. 312-8 de code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret du 26 avril 2007 portant nomination du directeur de l'ANESM ;

Vu l'article 23 de la convention constitutive de l'ANESM,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à l'effet de signer, au nom du directeur de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et des services sociaux et médico-sociaux, les courriers individuels d'information relatifs aux décisions d'habilitation et d'inscription prises par le directeur, à Mme Aline METAIS.

Article 2

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

Fait le 29 juin 2016.

Le directeur,
D. CHARLANNE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630529S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 18 août 2014 portant nomination du directeur général de l'Institut national du cancer;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment son article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide:

M. Thierry BRETON, directeur général, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants:

1. Dans le cadre de la commande publique l'ensemble des actes juridiques et actes matériels relatifs à la passation, à l'exécution, au suivi et à la reconduction des marchés (administratifs ou privés).

2. Dans le cadre de l'intervention:
- tout acte ou document afférent à l'allocation d'une subvention, notamment, signature et notification;
- des actes attributifs de subvention.

3. Dans le cadre des autres domaines:
- les opérations de gestion de toute nature et pièces administratives, comptables et financières s'y rapportant;
- les lettres d'embauche et contrats d'engagement, accords collectifs et affiliations auprès d'organismes sociaux et, plus généralement, tous les actes de gestion et d'administration du personnel;
- les baux, mises à disposition de locaux et tous documents y afférents ;
- de façon générale, tout acte ou document quel que soit sa nature ou son objet, notamment contrat, partenariat, décision, acte administratif.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature et prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire.

Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630530S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 18 août 2014 portant nomination du directeur général de l'INCa;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa);

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016;

Vu la décision du 29 juin 2016 investissant M. Thierry BRETON d'une délégation de signature,

Décide:

Article 1er

En cas d'empêchement ou d'absence de M. Thierry BRETON, M. Jérôme VIGUIER, directeur du pôle santé publique et soins, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants :

1.1. Dans le cadre de la commande publique l'ensemble des actes juridiques et actes matériels relatifs à la passation, à l'exécution, au suivi et à la reconduction des marchés (administratifs ou privés):

1.2. Dans le cadre de l'intervention:

– tout acte ou document afférent à l'allocation d'une subvention, notamment signature et notification des actes attributifs de subvention.

1.3. Dans le cadre des autres domaines:

– les opérations de gestion de toute nature et pièces administratives, comptables et financières s'y rapportant;
– les lettres d'embauche et contrats d'engagement, accords collectifs et affiliations auprès d'organismes sociaux et, plus généralement, tous les actes de gestion et d'administration du personnel;
– les baux, mises à disposition de locaux et tous documents y afférents;
– de façon générale, tout acte ou document quel que soit sa nature ou son objet, notamment contrat, partenariat, décision, acte administratif.

Article 2

En cas d'empêchement ou d'absence de M. Thierry BRETON et de M. Jérôme VIGUIER, Mme Christine CHOMIENNE, directrice du pôle recherche et innovation, est investie d'une délégation de signature pour l'ensemble des actes ou documents visés à l'article 1er ci-avant.

Article 3

La présente délégation prend effet à compter de sa signature et prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. En cas de changement d'un des délégataires, elle ne produit plus d'effet à l'égard du délégataire concerné.

Elle est diffusée sur le site Internet de l'INCa et publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2016, en quatre exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630531S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa) ;

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

M. Jérôme VIGUIER, directeur du pôle santé publique et soins, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du pôle :

1. Dans le cadre de la commande publique :
– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. La présente délégation prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630532S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa) ;

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

Mme Christine CHOMIENNE, directrice du pôle recherche et innovation, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du pôle :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. La présente délégation prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630533S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

En cas d'empêchement ou d'absence de M. Jérôme VIGUIER, Mme Catherine MORIN, adjointe au directeur du pôle santé publique et soins, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du pôle :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630534S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa) ;

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

Mme Carine DELRIEU, directrice de la direction de la communication et de l'information, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions de la direction :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. La présente délégation prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630535S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Muriel PAPIN, responsable du département campagnes de communication, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630536S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide:

En cas d'empêchement ou d'absence de Mme Carine DELRIEU, Mme Muriel PAPIN, adjointe à la directrice de la communication et de l'information, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions de la direction:

1. Dans le cadre de la commande publique:

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT);
– les bons de commande et ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement:

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs;
– les états de frais d'un intervenant extérieur;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630537S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

En cas d'empêchement ou d'absence de Mme Christine CHOMIENNE, M. Guy-Robert AULELEY, adjoint à la directrice du pôle recherche et innovation, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du pôle :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630538S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa);

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide:

M. Michaël D'AURIA, directeur du département des systèmes d'information, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département:

1. Dans le cadre de la commande publique:

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT);
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement:

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs;
– les états de frais d'un intervenant extérieur;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. La présente délégation prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630539S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa);

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide:

Madame Céline GATEAU-LEBLANC, directrice de l'administration et des finances, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants:

1. Dans le cadre de la commande publique:

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 250 000 € (HT);
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 (HT) établis dans le cadre d'un marché;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre de l'intervention: les certificats de service fait afférents aux actes attributifs de subvention.

3. Dans le cadre des frais de mission et déplacement:

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs;
– les états de frais d'un intervenant extérieur;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur;
– les états de frais d'un collaborateur.

4. Dans le cadre d'actes généraux comptables:

– les demandes de paiement;
– les titres de recettes et les bordereaux y afférents;
– les ordres de paiement et ordres de reversement ainsi que les bordereaux y afférents;
– les opérations de gestion de toute nature et pièces administratives, comptables et financières s'y rapportant, y compris les décisions d'indemnisation des experts.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. La présente délégation prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630540S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer (INCa) ;

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvé par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment son article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

Mme Alexandra DESEILLE, directrice du département des ressources humaines, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants :

1. Dans le cadre de la commande publique :
   - l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
   - les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT), établis dans le cadre d'un marché, dans la limite des attributions du département des ressources humaines ;
   - les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT), dans la limite des attributions du département des ressources humaines.

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :
   - les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
   - les états de frais d'un intervenant extérieur ;
   - les ordres de missions en France métropolitaine d'un collaborateur ;
   - les états de frais d'un collaborateur.

3. Dans le cadre de la gestion des ressources humaines et de la représentation du personnel (à l'exception des contrats de travail, des protocoles transactionnels, des conventions de mise à disposition de personnel et de la notification de sanctions disciplinaires) :
   - les demandes de paiement et les certificats de service fait ;
   - les titres de recettes et les bordereaux y afférents ;
   - les ordres de paiement et ordres de reversement ainsi que les bordereaux y afférents ;
   - tout autre document quelle qu'en soit sa nature (courrier, convocation, attestation, état liquidatif…).

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire.

Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630541S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'INCa approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa entré en vigueur le 26 février 2016,

Décide :

M. Guy DECARPENTRIE, chef de projet au sein du département des systèmes d'information, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 50 000 € (HT) ;
– les bons de commande et les ordres de service d'un montant strictement inférieur à 500 000 € (HT) établis dans le cadre d'un marché ;
– les certificats de service fait jusqu'à 500 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les ordres de mission, les avis de réunion et les convocations des intervenants extérieurs ;
– les états de frais d'un intervenant extérieur ;
– les ordres de missions en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet dès sa signature. Elle prend fin dès le retour du directeur du département des systèmes d'information ou dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire.

Elle est diffusée sur le site Internet de l'INCa et publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630542S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide:

M. Philippe-Jean BOUSQUET, responsable du département observation, veille, évaluation, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département:

1. Dans le cadre de la commande publique:

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT);
– les certificats de service fait, jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement:

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection, sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630543S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Christine BERLING, responsable du département des relations internationales, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :
   - l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
   - les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).
2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :
   - les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
   - les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
   - les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630544S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11,

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Dominique BESSETTE, responsable du département prévention, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :
   – l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
   – les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).
2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :
   – les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
   – les ordres de missions en France métropolitaine d'un collaborateur ;
   – les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630545S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

M. Frédéric DE BELS, responsable du département dépistage, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département.

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait, jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630546S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Claudia FERRARI, responsable du département organisation et parcours de soins, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630547S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Marianne DUPERRAY, responsable du département des bonnes pratiques, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département.

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait, jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630548S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Frédérique NOWAK, responsable du département biologie tranfert et innovations, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :
   - l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
   - les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).
2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :
   - les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
   - les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
   - les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630549S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

M. Hermann NABI, responsable du département recherche en sciences humaines et sociales, santé publique, épidémiologie, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630550S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1 ;

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

Mme Héléna BORGES-PANINHO, responsable du service publications et valorisation, est investie d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du service.

1. Dans le cadre de la commande publique :

– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :

– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de mission en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait, le 29 juin 2016, en trois exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630551S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1,

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

M. Jacques ROPERS, responsable du département recherche clinique, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du département :

1. Dans le cadre de la commande publique :
– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT) ;
– les certificats de service fait, jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement :
– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de missions en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016 en 3 exemplaires.

Le président,
N. Ifrah

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision du 29 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'Institut national du cancer

NOR : *AFSX1630552S*

Le président de l'Institut national du cancer,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 1415-2 et suivants et D. 1415-1-1,

Vu le décret du 27 juin 2016 portant nomination du président du conseil d'administration de l'Institut national du cancer ;

Vu la convention constitutive de l'Institut national du cancer approuvée par arrêté interministériel en date du 6 août 2013, et notamment l'article 11 ;

Vu l'article 11 du règlement intérieur de l'INCa du 26 février 2016,

Décide :

M. Dimitri TATE, responsable du service web et rédaction, est investi d'une délégation de signature aux fins de signer les actes ou documents suivants, dans la limite des attributions du service :

1. Dans le cadre de la commande publique:
– l'ensemble des actes juridiques et matériels relatifs aux achats d'un montant strictement inférieur à 25 000 € (HT);
– les certificats de service fait, jusqu'à 25 000 € (HT).

2. Dans le cadre des frais de mission et déplacement:
– les avis de réunion et convocation des intervenants extérieurs ;
– les ordres de missions en France métropolitaine d'un collaborateur ;
– les états de frais d'un collaborateur.

La présente délégation prend effet à compter de sa signature. Elle prend fin dès qu'un changement se produit soit dans la personne du délégant, soit dans celle du délégataire. Elle est publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 29 juin 2016 en 3 exemplaires.

Le président,
N. IFRAH

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ATIH
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Décision nº 2016-151 du 4 juillet 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire

NOR : *AFSX1630565S*

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, et notamment l'article R. 6113-45;

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 nos 2015-133 du 5 octobre 2015 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant nomination du directeur général adjoint;

Vu les décisions nº 2016-138 et nº 2016-139 du 11 mai 2016 portant nomination de la secrétaire générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et délégation de signature;

Vu la décision nº 2016-150 du 4 juillet 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant nomination de la cheffe de service « financements et analyses économiques »;

Vu la délibération nº 9 du conseil d'administration de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation en date du 26 novembre 2015 approuvant l'organigramme de l'agence,

Décide:

Article 1er

En raison de l'absence simultanée du directeur général, du directeur général adjoint et de la secrétaire générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation du 8 août au 12 août 2016 inclus, délégation est donnée à Mme Véronique SAUVADET-CHOUVY, cheffe du service « financements et analyses économiques », à l'effet de signer durant cette période, au nom du directeur général de l'agence, tous actes ou décisions relevant des attributions conférées au directeur général par l'article R. 6113-45 du code de la santé publique.

Article 2

La présente décision prend effet à compter du 8 août 2016 jusqu'au 12 août 2016 inclus et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 4 juillet 2016.

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

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 nº DS2016-24 du 5 juillet 2016 portant délégation de signature

NOR : *AFSX1630558S*

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

Vu l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu le décret du 26 avril 2007 portant nomination du directeur de l'ANESM ;

Vu l'article 23 de la convention constitutive de l'ANESM ;

Vu le contrat initial de l'intéressée et les avenants le modifiant,

Décide :

Article 1er

Délégation permanente est donnée, en cas d'empêchement du directeur, à Mme Magali FLECHEUX, responsable des affaires juridiques et des ressources humaines, à l'effet de signer, au nom du directeur de l'ANESM, les bordereaux journaux des mandats de paie ainsi que les mandats de paie (salaires bruts et charges afférentes comprises).

Article 2

Délégation permanente est donnée, en cas d'empêchement du directeur, à Mme Magali FLECHEUX, responsable des affaires juridiques et des ressources humaines, à l'effet de signer au nom du directeur de l'ANESM toutes décisions administratives relatives aux déplacements.

Article 3

La présente décision prend effet le 15 août 2016 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 5 juillet 2016.

Le directeur,
D. Charlanne

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS
Haute Autorité de santé

Décision nº 2016-0061/DP/SG du 6 juillet 2016 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant organisation générale des services de la Haute Autorité de santé

NOR : *HASX1630566S*

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Vu les articles L. 161-43 et R. 161-79 du code de la sécurité sociale;
Vu l'avis du CHSCT du 28 juin 2016;
Vu l'avis du comité d'entreprise du 28 juin 2016;
Vu l'avis du collège en sa séance du 29 juin 2016;
Sur proposition du directeur,

Décide :

Article 1er

Le directeur a autorité sur les services de la Haute Autorité. Il est assisté d'un directeur délégué.

Article 2

Sont rattachés au directeur et au directeur délégué :

– la direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique ;
– la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
– la direction de la communication et de l'information des publics ;
– le secrétariat général ;
– la mission relations internationales ;
– la mission programmation.

Le directeur, le secrétaire général et les directeurs de chacune des directions peuvent être assistés d'adjoints et de conseillers techniques. Les services de chacune des directions assurent le secrétariat scientifique, technique et administratif des commissions spécialisées.

2.1. La direction de l'évaluation médicale, économique et de santé publique (DEMESP) est chargée, sous la responsabilité d'un directeur, de l'évaluation médicale et économique des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes et technologies de santé, de la production de recommandations et de rapports en santé publique et médico-économiques.

À cet effet, elle est organisée en quatre services :

– un service évaluation des médicaments ;
– un service évaluation des dispositifs ;
– un service évaluation des actes professionnels ;
– un service évaluation économique et santé publique.

2.1.1. Le service évaluation des médicaments est chargé de l'évaluation des médicaments, ainsi que de la réévaluation de classes de thérapeutiques en vue du remboursement par l'assurance maladie, de la production de documents de bon usage et de la préparation d'avis spécifiques (poursuite de prise en charge des autorisations temporaires d'utilisation, prise en charge des recommandations temporaires d'utilisation).

2.1.2. Le service évaluation des dispositifs est chargé de l'évaluation des dispositifs médicaux, des produits de santé autres que les médicaments, des prestations, ainsi que des catégories de produits en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie et de la production de documents de bon usage.

2.1.3. Le service évaluation des actes professionnels est chargé de l'évaluation des actes et technologies de santé à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique, de stratégies diagnostiques ou thérapeutiques et de certains actes à visée esthétique.

2.1.4. Le service évaluation économique et santé publique est chargé de réaliser les rapports et recommandations de santé publique et médico-économiques ainsi que les avis d'efficience et d'une activité transversale d'évaluation des composantes économiques et de santé publique pour les productions de la DEMESP et de la DAQSS qui le nécessitent, contribuant ainsi à la définition de la valeur des composantes du panier de biens et de services remboursables. Il est également chargé de l'évaluation de l'intérêt de santé publique de certains médicaments. Il assure en outre pour les services de la DEMESP un appui méthodologique en pharmaco-épidémiologie et contribue à l'exploitation des bases de données publiques et privées lorsqu'elles sont nécessaires.

2.2. La direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS) est chargée, sous la responsabilité d'un directeur, de la mise en œuvre des démarches d'évaluation externe et des actions d'amélioration des pratiques relatifs à la qualité et la sécurité des soins.

À cet effet, elle est organisée en quatre services et deux missions :

– une mission sécurité du patient .
– une mission d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers ;
– un service bonnes pratiques professionnelles ;
– un service certification des établissements de santé ;
– un service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours ;
– un service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

2.2.1. La mission sécurité du patient a pour attribution d'aider les instances de la HAS à afficher une politique stratégique de sécurité du patient cohérente, globale et lisible par les patients et les professionnels et de coordonner toutes les actions internes de la HAS en lien avec cette politique stratégique de sécurité du patient.

Elle gère des dispositifs tels que l'accréditation des médecins ou l'analyse et le retour d'expérience des événements indésirables graves ainsi que le développement ou la coordination de projets liés à la sécurité du patient dans le cadre du programme national de sécurité du patient.

2.2.2. La mission d'information sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers est chargée de coordonner l'élaboration et d'assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé. À ce titre, la mission coordonne l'élaboration des données entre les différentes sources et assure la diffusion des résultats *via* un site Internet dédié. Elle veille à l'adaptation du contenu et de la forme de l'information aux besoins des usagers et à l'écoute des usagers par des modalités d'échange adaptées. Son action entend favoriser un choix éclairé de l'usager.

2.2.3. Le service bonnes pratiques professionnelles est chargé de la production, déléguée ou non à des groupes professionnels ou des centres collaborateurs, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et de la mise à disposition concomitante d'outils utiles à leur déploiement. Ses productions permettent de guider les stratégies médicales les plus appropriées.

2.2.4. Le service certification des établissements de santé est chargé de la mise en œuvre des procédures de certification et de suivi des établissements de santé, de la mise au point des outils et méthodes y afférents, de l'animation du réseau des experts visiteurs et de l'instruction des propositions de décision de certification, de la production de connaissances au bénéfice de la qualité et de la gestion des risques des établissements de santé.

Il est composé de deux unités et d'une mission :

– une unité pilotage des procédures de certification qui établit la programmation des établissements de santé dans le cycle de certification, assure la planification des experts visiteurs, le suivi longitudinal régionalisé des établissements de santé, le suivi de l'activité de production ;
– une unité ressources et méthodes qui assure la conception de méthodes, d'outils de formation en ligne à destination des établissements de santé et des experts visiteurs, la gestion et l'évaluation des experts visiteurs, le suivi du système d'information et l'exploitation de données, l'assistance aux utilisateurs de l'application informatique sur la certification, le contrôle interne et la veille internationale ;

– une mission programmation et capitalisation qui établit un programme de travail du service et promeut l'analyse en continu des données de certification pour produire des connaissances au bénéfice des établissements de santé.

2.2.5. Le service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours développe des programmes, guides, méthodes et outils destinés à soutenir les démarches d'amélioration de la qualité des soins mises en œuvre par les professionnels, les patients et les pouvoirs publics. Ils ont vocation à être utilisés au titre du développement professionnel continu de l'ensemble des professionnels de santé. Le service développe des programmes d'amélioration de la pertinence des soins, assure les productions de la HAS en matière d'affections de longue durée et construit les outils d'accompagnement des parcours de soins. Il intervient sur le champ des systèmes d'information utilisés par les professionnels (certification des logiciels, télémédecine, données structurées relatives aux bonnes pratiques à intégrer dans les logiciels…). Il concourt aux dispositifs favorisant les démarches pluriprofessionnelles parmi lesquelles l'activité d'évaluation relative aux protocoles de coopération entre les professionnels de santé et les actions intervenant en appui des démarches locales et régionales de développement de prises en charge pluriprofessionnelles agissant ainsi en faveur de la fluidité du parcours des patients

2.2.6. Le service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est chargé de l'accompagnement des travaux réalisés autour de la définition, du développement et de l'utilisation des indicateurs de qualité. Il développe une expertise sur les liens entre la définition de l'indicateur, l'interprétation des résultats et les actions d'amélioration à mettre en œuvre. Ces indicateurs viennent en appui des démarches de régulation par la qualité et l'efficience portées par la HAS.

2.3. La direction de la communication et de l'information des publics (DCIP) est chargée, sous la responsabilité d'un directeur, de concevoir et de mettre en place la stratégie de communication et d'information de l'institution. Elle en promeut le positionnement, l'image et les activités et facilite l'appropriation de ses productions par ses différents publics. Elle définit la politique d'implication de la société civile.

À cet effet, elle est organisée en trois services et une mission :

– une mission relations avec les associations de patients et d'usagers ;
– un service presse ;
– un service communication-information ;
– un service documentation-veille.

2.3.1. La mission relations avec les associations de patients et d'usagers définit le cadre de coopération avec celles-ci. Elle est chargée d'apporter expertise et conseil au collège, aux commissions spécialisées, au directeur ainsi qu'aux directions et missions de la HAS. Elle représente la HAS dans ses relations avec les associations. Elle contribue aux documents destinés aux patients. Elle est également chargée de répondre aux courriers des usagers.

2.3.2. Le service presse est responsable des relations avec la presse écrite, audiovisuelle et internet.

2.3.3. Le service communication-information est chargé :

– d'expliquer le rôle de l'institution auprès de l'ensemble des acteurs de santé en France et à l'international en faisant connaître le positionnement et les finalités de l'institution, en communiquant sur ses valeurs, ses activités, ses réalisations et ses performances ;
– d'assurer la mise en forme des productions essentiellement numériques et leur diffusion *via* les relais de l'institution, s'appuyant sur un pôle édition-diffusion ;
– d'organiser la mise à disposition et l'accessibilité de l'information sur le site Internet de l'institution et d'assurer la présence sur les médias sociaux.

2.3.4. Le service documentation-veille est chargé d'apporter l'information utile à l'élaboration des productions.

Il accompagne les services dans la réalisation de leurs projets en :

– réalisant les recherches documentaires et la bibliographie des rapports ;
– assurant la veille sur les sujets inscrits au programme de travail, les évolutions des interventions en santé et les méthodes d'amélioration de la qualité des soins ;
– gérant les acquisitions et abonnements aux ressources documentaires.

2.4. Le secrétariat général (SG) est chargé, sous la responsabilité d'un secrétaire général, d'assurer le pilotage et la coordination administrative, budgétaire et financière ainsi que le contrôle de gestion, la politique et la gestion des ressources humaines, la gestion des ressources logistiques et des marchés publics, la gestion et le développement du système d'information, le contrôle interne, l'expertise juridique et l'appui juridique interne.

Il comprend cinq services :

– un service budget et finances ;
– un service juridique ;
– un service ressources humaines ;
– un service systèmes d'information ;
– un service logistique et marchés publics.

2.4.1. Le service budget et finances assure la programmation budgétaire, les travaux de contrôle de gestion et le suivi de l'exécution du budget. Il prépare en particulier le budget, la réservation des crédits, l'engagement juridique, la certification du service fait avec émission de l'ordre de paiement. Il assure les travaux de fin d'exercice, notamment en matière d'inventaire, et pilote la trésorerie conjointement avec l'agence comptable.

2.4.2. Le service juridique est chargé d'apporter expertise et conseil juridiques, de gérer les contentieux et d'assurer le contrôle juridique interne, notamment en matière de respect des règles de déontologie déterminées par la loi.

2.4.3. Le service ressources humaines conçoit et met en œuvre, en liaison avec les autres directions et services, la politique de ressources humaines de la HAS, notamment au moyen des outils de gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences qu'il met en place.

Il assure, dans le respect des dispositions législatives et réglementaires, le recrutement, la gestion administrative des carrières et l'accompagnement des parcours professionnels des agents, la définition et la mise en œuvre du plan de formation, la paie et les frais de missions des agents et des experts ainsi que les dédommagements des établissements de santé, l'animation et la coordination du dialogue social ainsi que la communication interne correspondante.

Il est composé :

– d'une unité gestion et développement des ressources humaines ;
– d'un pôle paie et experts ;
– d'un pôle frais de missions et dédommagements ;
– d'un pôle relations sociales.

2.4.4. Le service systèmes d'information est chargé de conduire, en liaison avec les autres directions et services, la définition et la mise en œuvre de la politique de la HAS dans les domaines des systèmes d'information et des télécommunications. Il est chargé de la préparation et de la mise en œuvre du plan d'urbanisation. Il instruit les choix concernant la conception des architectures des systèmes d'information, l'organisation des prestations de service informatique, les normes et les standards de nature à sécuriser et fiabiliser les applications. En liaison avec les directions et services, il planifie les développements et équipements et en assure la maîtrise d'œuvre.

Il est composé de deux pôles :

– un pôle infrastructure et services aux utilisateurs ;
– un pôle applications.

2.4.5. Le service logistique et marchés publics est chargé de la gestion des prestations et fournitures logistiques, de la définition de la politique d'achat, de l'élaboration et de la passation des marchés, de la mise en œuvre de la politique d'archivage. Il organise les conditions d'accueil, l'hygiène, la sécurité des locaux et les aménagements nécessaires au bon fonctionnement des services.

Il est composé de deux pôles :

– un pôle achats et marchés publics ;
– un pôle logistique.

2.5. La mission relations internationales est chargée, en liaison avec les autres services de la HAS, d'assurer une veille internationale sur les métiers de la HAS, notamment dans le cadre des institutions internationales intervenant dans ce domaine et de bâtir une stratégie de rayonnement en Europe dans le domaine de l'évaluation et de la qualité en santé.

2.6. La mission programmation est chargée de définir et faire évoluer les modalités du programme de travail de la HAS. Elle doit également proposer et mettre en œuvre les modalités de suivi et l'avancement des travaux.

Article 3

La décision 2014-0019/DP/SG du 30 avril 2014 du président de la Haute Autorité de santé portant organisation générale des services de la Haute Autorité de santé est abrogée.

Article 4

Le directeur de la Haute Autorité de santé est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 6 juillet 2016.

La présidente,
Pr A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSM
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Décision DG nº 2016-211 du 6 juillet 2016 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1630555S*

Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment la cinquième partie, livre III (partie législative) et livres III et IV (partie réglementaire) ;

Vu la décision DG nº 2000-102 du 6 septembre 2000 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG nº 2008-280 du 24 octobre 2008 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG nº 2010-241 du 4 novembre 2010 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG nº 2012-232 du 25 septembre 2012 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG nº 2012-254 du 21 novembre 2012 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

Vu la décision DG nº 2014-225 du 19 août 2014 portant désignation d'un inspecteur de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé,

Décide :

Article 1er

En application des articles L. 5313-1 à L. 5313-3 et R. 5412-1 du code de la santé publique, sont habilités à la recherche et à la constatation d'infractions pénales les inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dont les noms suivent :

M. Philippe FARFOUR, docteur en pharmacie, à compter du 19 août 2016.

M. Olivier RIBES, pharmacien contractuel, à compter du 29 août 2016.

Mme Joséphine ORIOL, ingénieur-biochimiste contractuel, à compter du 29 août 2016.

M. Thomas LUCOTTE, ingénieur agronome contractuel, à compter du 25 septembre 2016.

M. Olivier BRESSAC, pharmacien contractuel, à compter du 24 octobre 2016.

M. Mikaël LE BIHAN, ingénieur en sciences pharmaceutiques contractuel, à compter du 4 novembre 2016.

M. Cyril BESNIER, ingénieur biomédical, à compter du 21 novembre 2016.

Article 2

Le directeur de l'inspection est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 6 juillet 2016.

Le directeur général adjoint,
E. Delas

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAF
Caisse nationale des allocations familiales

Décision du 6 juillet 2016 portant délégation de signature

NOR : *AFSX1630557S*

Le directeur général de la Caisse nationale des allocations familiales,

Vu le code de l'action sociale et des familles (CASF) ;

Vu le code rural, et notamment son article L. 732-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 217-3, L. 223-1 et suivants, L. 224-1 et suivants, R. 223,1, R. 224-1 et suivants (en particulier l'article R. 224-7), R. 226-1 et suivants ;

Vu le code du travail, et notamment ses articles L. 2323-27, L. 2323-28 ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

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

Vu le décret du 5 septembre 2013 portant nomination de M. Daniel Lenoir, en qualité de directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (*JO* du 6 septembre 2013) ;

Vu la décision du 30 novembre 2015 portant règlement d'organisation de la CNAF,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Mme Gaëlle Choquer-Marchand, secrétaire générale de l'établissement public pour signer, dans le cadre de la gestion de l'établissement public et pour son personnel, les pièces suivantes :

- les engagements de dépense (créations, modifications et annulations) d'investissement et de fonctionnement de toute nature et sans limitation du montant ;
- commander tous achats d'investissement et de fonctionnement;
- ordonnancer les bordereaux, ordres de paiement, ordres de dépense, ordres de recette, ordres de reversement (créations, modifications et annulations) de toutes dépenses d'investissement et de fonctionnement et des dépenses de personnel (paie, charges sociales, etc.) ;
- attester de la réception de travaux, de fournitures et de service fait et valider les états de frais du personnel ;
- signer les ordres de mission ;
- signer les virements de crédits budgétaires non soumis au conseil d'administration ;
- signer tous actes et décisions relevant de la personne responsable des marchés, dans le cadre de la réglementation des marchés publics ;
- signer les contrats de travail à durée indéterminée et ou à durée déterminée, à l'exception de ceux concernant les agents de direction.

Délègue une partie de ses pouvoirs à Mme Gaëlle Choquer Marchand, secrétaire générale de l'établissement public pour, dans le cadre de ses fonctions, représenter le directeur général de façon permanente en qualité de président du comité d'entreprise, comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail et des délégués du personnel.

Dans le cadre de cette délégation permanente de pouvoir de représentation et compte tenu de ses compétences professionnelles, Mme Gaëlle Choquer-Marchand sera investie de l'intégralité des pouvoirs normalement dévolus au directeur de la CNAF dans ses relations avec comité d'entreprise, comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail et des délégués du personnel conformément aux dispositions du code du travail.

Pour l'accomplissement de cette mission, Mme Gaëlle Choquer-Marchand disposera de tous les moyens matériels, techniques et financiers nécessaires.

À cet égard, s'agissant du comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail, Mme Gaëlle Choquer-Marchand pourra engager les dépenses utiles à la bonne exécution de la présente délégation, dans la limite figurant au sein de la délégation générale de signature que je lui ai consentie le 1er avril 2015.

Mme Gaëlle Choquer-Marchand déclare expressément accepter la délégation de pouvoir qui lui est confiée en toute connaissance de cause, ainsi qu'en connaître et en accepter les conséquences.

La présente délégation de représentation est consentie pour une durée indéterminée et pourra être résiliée à tout moment.

Article 2

Délégation est donnée à Mme Gaelle Choquer-Marchand, secrétaire générale, à l'effet de signer tout document entrant dans le champ de mes compétences en cas d'absence ou d'indisponibilité concomitante de :

M Daniel Lenoir, directeur général de la CNAF.

Mme Annie Prévot, directrice générale déléguée de la direction des systèmes d'information.

M Vincent Ravoux, directeur général délégué de la direction du réseau.

M Frédéric Marinacce, directeur général délégué de la direction des politiques familiale et sociale.

Article 3

Les signatures électroniques des pièces comptables dans le logiciel de gestion Magic tiennent compte de ces délégations.

Article 4

La secrétaire générale et l'agent comptable sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution de la présente décision

Article 5

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité ainsi qu'au recueil des actes administratifs de la préfecture de Paris ainsi que sur le site Internet www.caf.fr.

Fait le 6 juillet 2016.

Le directeur général,
D. Lenoir

Le contrôleur général économique et financier,
E. Nouvel

La secrétaire générale,
G. Choquer-Marchand

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 : *AFSX1630528X*

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

Direction de la stratégie, des études et des statistiques.

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

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

DÉPARTEMENT DE LA RÉGLEMENTATION (DREGL)

Mme Dominique BOULÉ

Décision du 31 mai 2016

La délégation de signature accordée à Mme Dominique BOULÉ par décision du 1er janvier 2016 est abrogée au 31 mai 2016 au soir.

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

Le directeur général.
N. Revel

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

M. Claude GISSOT

Décision du 1er juin 2016

La délégation de signature accordée à M. Claude GISSOT par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation est accordée à M. Claude GISSOT, directeur de la stratégie des études et des statistiques, pour signer :

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

En matière de marchés publics et dans le cadre des opérations intéressant sa direction, délégation de signature est accordée à M. Claude GISSOT pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 10 M€ (TTC) ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 700 000 € (TTC), à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction.

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

Le directeur général.
N. Revel

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 29 juin 2016 portant nomination à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

NOR : *AFSS1630526A*

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État chargé du budget,
Vu le code de la santé publique ;
Vu l'arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du GIP-OGDPC,

Arrête :

Article 1er

Il est mis fin aux fonctions de directrice générale de l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu de Mme Monique WEBER au 1er juillet 2016.

Article 2

À compter du 1er juillet, M. Jean Michel BOUILLET assure l'intérim des fonctions de directeur général de l'Organisme gestionnaire de développement professionnel continu.

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 29 juin 2016.

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

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armanteras de Saxcé

Pour le directeur de la sécurité sociale :
Le chef de service, adjoint
au directeur de la sécurité sociale,
F. Godineau

Le secrétaire d'État chargé du budget,
Pour le secrétaire d'État et par délégation :
Pour le directeur de la sécurité sociale :
Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,
F. Godineau

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRE SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 juillet 2016 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé

NOR : *AFSS1630554A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 182-4, R. 162-54 et R. 182-3 et suivants ;

Vu la proposition de la Fédération nationale des orthophonistes, organisation syndicale représentative des orthophonistes,

Arrête :

Article 1er

Est nommée membre suppléant de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des orthophonistes, Mme Séverine CAVAGNAC-WURTZ en remplacement de Mme Sarah DEGIOVANI.

Article 2

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

Fait le 6 juillet 2016.

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

Pour le directeur de la sécurité sociale :
Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,
F. GODINEAU

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 7 juillet 2016 portant autorisation temporaire d'exercice de la médecine en France

NOR : *AFSH1630556A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 4131-4 ;

Vu l'arrêté en date du 2 février 2016, autorisant M. Cameron PARSA, à exercer temporairement la profession de médecin dans la spécialité d'ophtalmologie, en qualité de praticien attaché, dans le service d'ophtalmologie au centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, 28 rue de Charenton, 75571 Paris Cedex 12, jusqu'au 31 août 2016,

Arrête :

Article 1er

M. Cameron PARSA, né le 23 juillet 1962, à New York (États-Unis d'Amérique), est autorisé à exercer temporairement la profession de médecin dans la spécialité d'ophtalmologie, en qualité de praticien attaché, dans le service d'ophtalmologie au centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts, 28 rue de Charenton, 75571 Paris Cedex 12, dans les conditions prévues à son contrat de travail et sous réserve de son inscription au tableau de l'ordre des médecins.

Article 2

L'autorisation temporaire d'exercer la médecine est accordée à compter du 1er septembre 2016 jusqu'au 31 août 2018.

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 7 juillet 2016.

Pour la directrice générale de l'offre de soins :
Sous-direction des ressources humaines du système de santé,
La sous-directrice par intérim,
M. Lenoir-Salfati

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juillet 2016 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales

NOR : *AFSH1630563A*

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 1er

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

1° Au II, Agnès SICIAK-TARTARUGA, Fédération nationale des orthophonistes (2nd suppléant), est nommée en remplacement de Bruno SARRODET, Fédération nationale des orthophonistes (2nd suppléant) ;

2° Au III :

a) Fabienne SEGUENOT, Fédération de l'hospitalisation privée (titulaire), est nommée en remplacement d'Étienne VIGOUROUX, Fédération de l'hospitalisation privée (titulaire) ;

b) Amélie PARAIRE, Fédération de l'hospitalisation privée (1er suppléant), est nommée en remplacement de Fabienne SEGUENOT, Fédération de l'hospitalisation privée (1er suppléant).

3° Au IV, Joël COMTE, Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (2nd suppléant) est nommé en remplacement de Christian SANS, Association française du personnel paramédical d'électroradiologie (2nd suppléant).

Article 2

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

Fait le 11 juillet 2016.

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

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination du psychiatre référent national

NOR : *AFSP1630562A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 6311-32,

Arrête :

Article 1er

M. le professeur Didier Cremniter, psychiatre référent de la zone Île-de-France, est nommé psychiatre référent national par intérim jusqu'à la nomination du psychiatre référent national.

Article 2

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

Fait le 11 juillet 2016.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la santé,
B. Vallet

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juillet 2016 portant nomination à l'Agence nationale du développement professionnel continu

NOR : *AFSS1630561A*

La ministre des affaires sociales et de la santé et le secrétaire d'État au budget,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article R. 4021-9 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 114 ;

Vu l'arrêté du 19 avril 2012 portant approbation de la convention constitutive du GIP-OGDPC,

Arrête :

Article 1er

À compter du 11 juillet 2016, Mme Michèle LENOIR-SALFATI est nommée directrice générale de l'Agence nationale du développement professionnel continu.

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 11 juillet 2016.

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

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armanteras de Saxcé

Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

Pour le secrétaire d'État chargé du budget et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

SANTÉ

PROFESSIONS 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 qualité des pratiques
et des recherches biomédicales
(DGS/PP1)

Instruction n° DGS/PP1/2016/208 du 27 juin 2016 relative à l'organisation d'inspections des lieux de recherches autorisés à conduire des recherches biomédicales

NOR : *AFSP1617919J*

Validée par le CNP le 24 juin 2016. – Visa CNP 2016-105.

Date d'application : immédiate.

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 instruction a pour objectif de faire réaliser par les agences régionales de santé des inspections des lieux de recherche autorisés à conduire des recherches biomédicales de phase I ou de phase II en application des dispositions de l'article L. 1121-13 du code de la santé publique.

Mots clés : lieux de recherche — recherches biomédicales — inspections — ARS.

Références :

Autorisation de lieux : articles L. 1121-13 et R. 1121-11 à R. 1121-16 du CSP ;

Arrêté du 12 mai 2009 modifié fixant les conditions mentionnées à l'article R. 1121-17 du CSP devant figurer dans la demande d'autorisation des lieux de recherche biomédicale prévues à l'article L. 1121-13 du CSP ;

Arrêté du 29 septembre 2010 modifié fixant les conditions d'aménagement, d'équipement, d'entretien et de fonctionnement ainsi que les qualifications nécessaires du personnel intervenant dans les lieux de recherches biomédicales devant faire l'objet d'une autorisation selon l'article L. 1121-13 du CSP.

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

Dans le cadre d'un essai clinique de phase I mené chez des volontaires sains, une personne est décédée, cinq autres ont été hospitalisées.

Le rapport de l'IGAS de mai 2016 préconise de reconsidérer le cadre de protection des volontaires dans les essais de 1re administration humaine en retenant notamment de mieux garantir la sécurité dans la conduite de l'ensemble des essais.

À cet effet, je vous demande de procéder en 2016 à l'inspection de l'ensemble des lieux de recherche autorisés à conduire des recherches biomédicales de phase I ou de phase II en application des dispositions de l'article L. 1121-13 du code de la santé publique.

Dans ce cadre, vous recenserez les lieux de recherche pour lesquels des autorisations ont été délivrées, en précisant leur statut (privé/public) et la catégorie de recherches biomédicales envisagées (notamment, phases I, II, catégories de recherches biomédicales).

Je vous remercie de m'adresser un bilan de vos inspections et des suites envisagées au plus tard fin janvier 2017 à l'adresse fonctionnelle DGS-RBM@sante.gouv.fr.

Mes services restent à votre disposition pour toute information complémentaire. Je vous remercie de ne pas hésiter à me faire connaître tout problème que vous pourriez rencontrer au cours de la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
Pr B. Vallet

Le secrétaire général,
P. Ricordeau

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 juin 2016 portant démission et nomination au Haut Conseil de la santé publique

NOR : *AFSP1630553A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-4, R. 1411-46 et R. 1411-49 ;

Vu le décret du 5 décembre 2014 portant démission et nomination au Haut Conseil de la santé publique ;

Vu le décret du 11 mars 2015 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique ;

Vu le décret du 23 février 2016 prorogeant le mandat des personnalités qualifiées membres des instances du Haut Conseil de la santé publique;

Vu l'arrêté du 1er février 2011 relatif aux commissions spécialisées composant le Haut Conseil de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 14 mars 2011 portant nomination au Haut Conseil de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 17 juin 2011 portant nomination au comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importations,

Arrête :

Article 1er

Sur présentation de leur démission au président du Haut Conseil de la santé publique, il est mis fin aux fonctions des personnalités qualifiées suivantes :

1° Au titre de la commission spécialisée maladies transmissibles :

M. Christian Perronne.

Mme Hélène Peigue-Lafeuille.

2° Au titre du comité technique des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

M. Gaétan Gavazzi.

M. Didier Seyler.

3° Au titre de la commission spécialisée maladies chroniques :

M. Jean-Yves Limeul.

4° Au titre de la commission spécialisée risques liés à l'environnement :

M. Claude Gilbert.

M. Marcel Lourel.

5° Au titre de la commission spécialisée sécurité des patients :

M. Philippe Berthelot.

6° Au titre de la commission spécialisée prévention, éducation et promotion de la santé :

Mme Zoé Héritage.

M. Didier Jourdan.

Mme Chantal Mannoni.

7° Au titre de la commission spécialisée évaluation, stratégie et prospective :

M. Avner Bar-Hen.

Mme Valérie Buthion.

Mme Chantal Cases.

Mme Catherine Le Galès.

Mme Marie-Hélène Metzger.

Mme Anne Tallec.

Article 2

Sont nommés en tant que membres du Haut Conseil de la santé publique, en qualité de personnalités qualifiées :

1° Au titre de la commission spécialisée maladies transmissibles :

M. Christophe Rapp.

2° Au titre de la commission spécialisée maladies chroniques :

Mme Claire Rondet.

3° Au titre de la commission spécialisée risques liés à l'environnement :

M. Jean-Noël Jouzel.

4° Au titre de la commission spécialisée sécurité des patients :

M. Gabriel Birgand.

5° Au titre de la commission spécialisée évaluation, stratégie et prospective :

M. Michel Cot.

Mme Gwenn Menvielle.

Mme Nora Moumjid.

Article 3

En vertu de l'article R. 1411-49 du code de la santé publique, sont déclarés démissionnaires en tant que personnalités qualifiées :

1° Au titre du comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation :

M. Thierry Debord.

M. Christophe Schmit.

2° Au titre de la commission spécialisée Risques liés à l'environnement :

M. Éric Gaffet.

M. Laurent Visier.

Article 4

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé.

Fait le 20 juin 2016.

MARISOL TOURAINE

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 22 juin 2016 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2016

NOR : *AFSH1630519A*

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique modifiée, notamment l'article L. 6147-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;

Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;

Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ;

Vu l'arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 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 d'avril 2016, le 31 mai 2016, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois d'avril 2016, la somme à verser par la caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées, est arrêtée à 25 381 247,64 €, dont 106 519,03 € au titre de l'année 2015, soit :

1. 23 378 435,19 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :

· 19 545 259,87 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments, dont 88 064,99 € au titre de l'année 2015 ;

· 720,79 € au titre des forfaits « interruption volontaires de grossesse » (IVG) ;

· 386 719,86 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;

· 70 600,68 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;

· 3 375 133,99 € au titre des actes et consultations externes (ACE), dont 18 454,04 € au titre de l'année 2015,

2. 1 332 144,91 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale;

3. 670 667,54 € 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 28 213,11 € 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 625,08 € 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 22 juin 2016.

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 des finances et
des comptes publics et par délégation :
Le sous-directeur du financement
du système de soins,
T. Waneco

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau de la synthèse
organisationnelle et financière (R1)

Circulaire n° DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

NOR : *AFSH1614309C*

Validée par le CNP le 18 mars 2016. – Visa CNP 2016-46.

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 : fixation des ressources d'assurance maladie des établissements de santé.

Mots clés : hôpital – clinique – établissements de santé – tarification à l'activité – dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation – dotation annuelle de financement – agences régionales de santé.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants, R. 6145-1 et suivants ;

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-13, L. 174-1, L. 174-1-1, D. 162-6 à D. 162-8, R. 162-32 à R. 162-32-4, R. 162-42 à R. 162-42-4, et R. 174-2 ;

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale, et notamment son article 33 modifié ;

Décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 modifié portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 4 ;

Arrêté du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;

Arrêté du 29 octobre 2008 fixant le modèle de suivi et d'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 13 mars 2009 modifié pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 26 février 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 26 février 2016 fixant pour l'année 2016 l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 12 mai 2016 fixant, pour l'année 2016, les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ainsi que le montant des transferts prévus à l'article L. 174-1-2 du code de la sécurité sociale.

Annexes :

Annexe I A. – Montants régionaux MIGAC.
Annexe I B. – Montants régionaux DAF.
Annexe I C. – Montants régionaux MIGAC SSR.
Annexe I D. – Montants régionaux USLD.
Annexe II. – Mesures de reconduction et mesures relatives aux ressources humaines.
Annexe III. – Plans et mesures de santé publique.
Annexe IV. – Financement des études médicales.
Annexe V. – Nomenclature des missions d'intérêt général MCO.
Annexe VI. – Soins de suite et de réadaptation.
Annexe VII. – La dotation de soins USLD.
Annexe VIII. – Les investissements hospitaliers.
Annexe IX. – Innovation, recherche et référence.
Annexe X. – Économies 2016.
Annexe XI. – Accompagnements ou mesures ponctuelles.

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

L'ONDAM établissements de santé pour 2016 est porté à 77,9 Md€, en progression de 1,75 % par rapport à 2015, représentant une évolution de 1,3 Md€.

Cette évolution des ressources d'assurance maladie constitue un effort important en faveur des établissements de santé dans un contexte particulièrement contraint.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 constitue la deuxième tranche de mise en œuvre du plan d'économies ONDAM 2015/2017 et traduit la mise en œuvre progressive de ses grandes orientations.

Comme en 2015, les actions qui seront menées concernent particulièrement :

– le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière et notamment la rationalisation des achats hospitaliers (programme PHARE) ;
– le « virage ambulatoire » avec le développement des prises en charge ambulatoires par substitution intra et extra muros sur le champ de la chirurgie, de la médecine, de la dialyse, du SSR et de la psychiatrie avec, notamment, le développement de l'hospitalisation à domicile, l'accompagnement de la réduction de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète et la prévention des ré-hospitalisations ;
– l'amélioration de la pertinence du recours aux soins permettant de réduire les actes jugés inutiles ou redondants ;
– la recherche de l'efficience de la prescription hospitalière pour les produits de santé et les transports de patients.

Des économies de fonctionnement sont attendues des établissements de santé à travers l'évolution de leurs modalités de gestion interne ou de prise en charge des patients. Je vous rappelle que ces évolutions des organisations doivent permettre de limiter le taux global national d'évolution de la masse salariale à 1,5 %.

Pour 2016, le niveau des économies attendues sur le champ des établissements de santé est de 993 M€ par rapport au tendanciel. Ces économies portent sur l'ensemble des enveloppes de financement de l'ONDAM établissements de santé, dont 707 M€ sur l'ODMCO, 90 M€ sur la dotation MIGAC, 181 M€ sur l'ODAM et 14 M€ sur l'OQN. Le détail de ces économies est présenté en annexe X de la présente circulaire.

L'évolution des tarifs hospitaliers pour 2016 en MCO

J'ai souhaité que la campagne 2016 soit une campagne équitable entre tous les secteurs. C'est la raison pour laquelle le taux d'évolution moyen des tarifs est commun aux deux secteurs et s'élève à –1 %[1], avant prise en compte de la reprise liée aux exonérations de charges du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) et du pacte de responsabilité qui s'élèvent cette année à 0,65 %.

Cette construction tarifaire est fondée sur une anticipation réaliste de l'augmentation des volumes d'activité, tout en respectant la prudence nécessaire en regard de l'indispensable respect de l'ONDAM 2016.

De plus, les tarifs facturés sont affectés d'un coefficient prudentiel dont la valeur est fixée cette année à –0,5 %. En cas de respect de l'ONDAM, les ressources correspondantes pourraient être restituées en fin d'année, partiellement ou totalement, comme cela a été le cas lors des exercices précédents.

La politique tarifaire menée en 2016 s'inscrit dans la continuité de celle menée les années précédentes en poursuivant, en les amplifiant, les incitatifs au développement de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle telles que la dialyse hors centre et l'hospitalisation à domicile. Les tarifs de ces deux dernières activités sont ainsi préservés en 2016 : les tarifs d'HAD et de dialyse hors centre progresseront respectivement de +0,4 % et +0 % avant prise en compte des exonérations de charges et du coefficient prudentiel.

Les efforts entrepris en faveur de la mise en œuvre de la neutralité tarifaire, qui vise à mieux articuler les tarifs des prises en charge avec les coûts constatés pour les établissements de santé en réduisant les sur et les sous financements extrêmes, sont également poursuivis dans l'objectif d'améliorer la lisibilité des tarifs.

J'ai par ailleurs tenu à ce qu'un soutien spécifique en faveur des tarifs d'obstétrique et notamment ceux des accouchements par voie basse, soit mis en œuvre en 2016.

Enfin, j'ai souhaité que les modalités de facturation des séjours hospitaliers entre secteurs, public et privé, soient harmonisées, afin, notamment, de tenir compte de l'arrêt du Conseil d'État du 30 juin 2015. Ainsi, le périmètre sur lequel se fondent les établissements pour facturer leurs prestations est désormais identique et s'appuie sur la notion d'entité géographique.

Toutefois, dans le nécessaire respect des objectifs de dépense, cette évolution s'accompagne d'une régulation spécifique afin de neutraliser les dépenses supplémentaires engendrées par ce nouveau mode de facturation. Une partie de ces dépenses prévisionnelles a ainsi été neutralisée dans le taux d'évolution des tarifs du secteur ex DG. L'autre partie sera régulée *via* les dotations des établissements concernés selon des modalités qui vous seront précisées ultérieurement.

Dans ce contexte, j'ai également demandé à mes services de proposer des modalités d'encadrement pour la création de nouvelles entités géographiques. Celles-ci vous seront communiquées dans le cadre d'une instruction spécifique.

La campagne budgétaire MIGAC/ODAM 2016

Dans le cadre de la présente circulaire, 21,7 Md€ vous sont alloués (dont 5,8 Md€ en MIGAC, 14,9 Md€ en DAF, 1 Md€ en DAF USLD, 14 M€ de MIG SSR), ce qui représente 96,4 % du montant total des dotations pour 2016 hors mises en réserve prudentielles 2016.

Les délégations relatives à cette première circulaire (toutes enveloppes confondues) se décomposent de la manière suivante :

17,9 Md€ au titre de vos bases régionales ;

4,4 Md€ au titre de mesures 2016 déléguées en justification au premier euro (JPE) ;

– 0,6 Md€ au titre de l'ensemble des autres mesures 2016.

Ces mesures nouvelles se déclinent selon les grandes catégories suivantes : mesures salariales et catégorielles, plans et mesures de santé publique, investissements hospitaliers, recherche et innovation, etc. Vous trouverez le détail qui vous permettra d'orienter la notification des crédits au sein de vos régions respectives dans les différentes annexes thématiques de cette circulaire.

Les mises en réserve prudentielles 2016

Comme chaque année depuis 2010, des mises en réserve de crédits sont effectuées de manière prudentielle en début de campagne afin de garantir le respect de l'ONDAM.

[1] 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, publié au *JO* du 8 mars 2016.

Le niveau de ces mises en réserve s'élève pour 2016 à 367 M€ sur l'ONDAM établissements de santé. Ces crédits font l'objet d'une répartition équitable sur l'ensemble des enveloppes de financement :

196 M€ *via* le coefficient prudentiel MCO, correspondant à une minoration tarifaire de 0,5 % ;
75 M€ correspondant à 0,5 % des bases régionales DAF ;
14 M€ sur l'Objectif quantifié national (OQN), soit l'équivalent d'une minoration tarifaire de 0,5 % ;
60 M€ sur le FMESPP ;
21 M€ sur la marge nationale.

En fonction du respect de l'ONDAM, les crédits mis en réserve pourront être versés aux établissements en fin d'exercice.

La campagne tarifaire et budgétaire 2016 est également marquée par plusieurs réformes d'importance telles que la mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour les hôpitaux de proximité, la généralisation du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ), les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence ainsi que la première étape de la mise en œuvre de la réforme de financement des soins de suite et de réadaptation.

Le modèle de financement des hôpitaux de proximité

J'ai souhaité reconnaître pleinement la spécificité des hôpitaux de proximité dans leurs liens avec le premier recours et leur rôle de passerelle dans le système sanitaire et médico-social. Afin de leur donner les moyens d'assurer pleinement ce rôle, la LFSS pour 2015, en son article 52, est venue reconnaître cette nouvelle catégorie d'établissements et préciser leur financement, en rupture avec la tarification à l'activité. Le décret d'application qui en découle est en cours de publication.

Ainsi, les établissements qui se seront reconnus hôpitaux de proximité bénéficieront d'une dotation modulée à l'activité avec effet au 1er janvier 2016. Cette dotation sera constituée d'une dotation forfaitaire garantie construite à partir d'une fraction des recettes historiques et d'une dotation organisationnelle et populationnelle calibrée sur la base des caractéristiques du territoire. Les établissements bénéficieront également, le cas échéant, d'un complément de financement lié à leur activité.

Une instruction à destination des ARS et des établissements de santé viendra préciser les modalités concrètes d'application de cette réforme.

Pour cette première année de mise en œuvre, un accompagnement exceptionnel pourra être octroyé en fin d'année au vu des effets de la réforme.

L'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IFAQ)

Comme je l'avais annoncé, après deux années de montée en charge, l'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé est généralisée à compter du 1er janvier 2016 à tous les établissements exerçant l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique. Cette généralisation se traduit par la création d'une dotation complémentaire qui sera versée en fin d'année aux établissements dont les efforts et l'excellence dans la qualité et la sécurité des soins méritent d'être particulièrement valorisés.

Les ajustements du modèle de financement des structures de médecine d'urgence

J'ai souhaité initier une évolution du modèle de financement des structures de médecine d'urgence (services d'urgence, SMUR) pour répondre aux grands objectifs suivants : d'une part, s'assurer que tous les établissements reçoivent un financement suffisant et équitable pour répondre à la demande de soins qui leur est adressée ; d'autre part, rendre cohérentes les règles de financement et les évolutions attendues de l'organisation territoriale de l'offre de soins.

Ainsi, dès cette année, à vecteurs de financement constants, la répartition du financement entre établissements (via le FAU et la MIG SMUR) évolue pour améliorer l'adéquation entre ce financement et leur niveau d'activité. Cette nouvelle répartition est rendue possible grâce aux travaux de modélisation menés par la DGOS, qui évaluent et valorisent l'ensemble des coûts des moyens nécessaires à l'activité des établissements (moyens humains, médicaux, paramédicaux et autres). Les effets revenus de cette nouvelle répartition sont lissés sur quatre ans.

La réforme de financement des activités de soins de suite et de réadaptation

Le nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation est prévu par l'article 78 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2016 et sera mis en œuvre dans toutes ses dimensions de manière progressive à compter du 1er mars 2017.

Toutefois, j'ai souhaité que l'année 2016 constitue une première étape dans la mise en œuvre du nouveau modèle. En particulier, les établissements de santé seront désormais éligibles, dans le cadre de leurs activités de soins de suite et de réadaptation, à une liste de missions d'intérêt général définie spécifiquement pour ce champ et dont vous trouverez le détail en annexe VI. De la même manière, j'ai tenu à ce que, dès 2016, les dépenses liées aux molécules onéreuses soient mieux identifiées afin de mieux flécher au sein de la DAF les crédits à destination des établissements consommateurs.

Le soutien aux établissements en difficulté

Afin d'accompagner les efforts d'efficience et de restructuration de l'offre de soins engagés par les établissements de santé, vous veillerez à mobiliser prioritairement les crédits dont vous disposez au sein du fonds d'intervention régional (FIR).

À titre exceptionnel, un accompagnement par des aides nationales à caractère non reconductible pourra être envisagé à la demande expresse des directeurs généraux d'ARS. Le montant de ces aides étant en diminution significative par rapport à l'effort consenti en 2015, vous êtes invités à utiliser vos marges de manœuvre régionales, dans un esprit de subsidiarité renforcée vis-à-vis des aides nationales.

Les aides nationales seront réservées aux établissements qui formalisent contractuellement leur trajectoire de retour à l'équilibre financier à court terme et qui rencontrent des difficultés de trésorerie. En cas de reconduction d'une aide nationale exceptionnelle déjà accordée en 2015 à un Établissement de santé, l'aide nationale 2016 ne pourra être supérieure à 75 % du montant de l'aide nationale accordée en 2015.

Vous trouverez le détail relatif aux aides versées par la présente circulaire en annexe XI.

Les tarifs journaliers de prestation

Le niveau des tarifs journaliers de prestation (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer.

Dans le cadre de mon engagement relatif à l'accès aux soins, je vous demande donc de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 soient strictement respectées par les établissements de santé. Dans ce cadre, vous poursuivrez la baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15 % au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées. Pour les établissements concernés, la diminution du TJP devra atteindre un minimum de 3 % en 2016 par rapport au TJP actuellement fixé.

Par ailleurs, et pour les établissements non concernés par cette baisse, j'appelle votre attention sur l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 qui prévoit désormais un encadrement de l'augmentation des TJP dans le champ MCO. Un plafond sera ainsi fixé prochainement par décret et s'appliquera à chacun des tarifs des établissements concernés. Il correspondra au taux d'évolution du sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité » de l'ONDAM, soit, pour cette année, + 1,92 %.

Vous veillerez également à ce que l'évolution des TJP dans les champs SSR et psychiatrique demeure modérée et n'excède pas, en tout état de cause, l'évolution des charges correspondantes des établissements concernés.

De manière générale, le contexte budgétaire global doit vous conduire à être particulièrement attentifs au respect de vos dotations régionales limitatives. Il est, en effet, de votre responsabilité de maintenir un pilotage renforcé de l'utilisation des ressources qui vous sont accordées.

Par ailleurs, je souhaite de nouveau rappeler que l'ensemble des établissements de santé publics et privés financés au sein de l'ODMCO, y compris ceux d'hospitalisation à domicile, sont éligibles aux dotations MIGAC.

Je vous invite enfin à veiller à ce que l'outil HAPI soit précisément employé permettant ainsi un suivi fiable des ressources budgétaires 2016.

Je compte sur votre collaboration et vous remercie pour votre action.

MARISOL TOURAINE

ANNEXE IA

MONTANTS RÉGIONAUX MIGAC

Les montants sont en milliers d'euros *MIGAC*

Région	**Bases 2016**	Economies ciblées MIG R	Economies non ciblées MIG/AC R	Mesures de reconduction MIG/AC R	Financement des études médicales MIG E 02 JPE	Assistants spécialistes post internat poste partagé AC NR	Espaces de réflexion éthiques MIG N 01 JPE	Action de coopération internationale MIG R 05 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	176 591,61	-512,36	-3 725,25	3 415,51	60 044,94	1 992,92	500,00	17,20
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	179 337,41	-519,52	-3 691,48	3 369,89	65 192,37	1 854,11	500,00	74,00
Auvergne - Rhône-Alpes	219 080,54	-882,23	-5 283,24	4 835,95	84 929,16	1 596,32	333,00	80,00
Bourgogne - Franche-Comté	91 730,73	-199,35	-1 895,55	1 733,43	28 447,40	2 617,56	248,00	29,00
Bretagne	94 210,84	-237,20	-1 883,04	1 723,37	34 319,27	951,84	169,00	
Centre-Val de Loire	89 861,42	-269,46	-1 363,50	1 252,20	16 563,17	1 497,17	169,00	60,50
Corse	22 505,49	-31,29	-258,98	234,24		118,98		
Ile-de-France	374 088,29	-1 879,46	-12 194,30	11 124,83	116 291,78	1 150,14	1 166,00	204,20
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	194 189,35	-593,17	-4 010,78	3 654,64	55 459,47	733,71	333,00	118,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	185 653,83	-663,78	-3 940,93	3 619,80	57 200,78	4 719,54	333,00	86,00
Normandie	108 770,07	-371,33	-2 059,20	1 890,02	37 152,22	2 974,50	333,00	110,00
Pays-de-la-Loire	88 702,09	-320,29	-2 218,18	2 035,67	40 300,01	1 665,72	169,00	29,50
Provence-Alpes-Côte d'Azur	160 444,02	-760,56	-3 449,09	3 149,89	49 610,92	832,86	327,00	32,00
France métropolitaine	1 985 165,70	-7 240,00	-45 973,51	42 039,45	645 511,49	22 705,35	4 580,00	840,40
Guadeloupe	15 383,31	-28,94	-82,82	78,79	5 848,27	261,76	212,00	13,65
Guyane	30 802,80	-15,38	-320,51	292,14	1 396,82	333,14		30,00
Martinique	10 889,13	-26,58	-266,21	244,92	6 037,91	261,76	212,00	
Océan Indien	26 983,89	-72,96	-580,00	540,89	9 124,41	527,48	221,00	42,70
DOM	84 059,14	-143,87	-1 249,54	1 156,74	22 407,41	1 384,13	645,00	86,35
Total dotations régionales	2 069 224,84	-7 383,87	-47 223,05	43 196,20	667 918,90	24 089,48	5 225,00	926,75

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation MIG J 02 JPE	Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté MIG J 03 JPE	Centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage MIG F 03 JPE	Lactariums MIG J 01 JPE	Mortalité périnatale MIG F 08 JPE	Centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal MIG F 12 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	1 639,09	155,53	828,97	910,00	302,40	945,00
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	1 027,78		369,41	650,00	293,15	1 062,00
Auvergne - Rhône-Alpes	2 230,59	77,77	1 634,37	560,00	382,84	1 793,70
Bourgogne - Franche-Comté	706,70		377,50	300,00	160,07	504,00
Bretagne	1 373,94		246,38	710,00	161,13	848,70
Centre-Val de Loire	574,63		330,97	480,00	133,19	461,70
Corse						
Ile-de-France	3 631,06	354,23	2 826,36	1 572,90	703,71	2 988,19
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	1 157,20	311,06	1 264,88	565,00	277,07	999,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	1 361,85	115,53	663,62	915,00	344,44	848,70
Normandie	888,45	77,77	499,85	460,00	195,30	740,70
Pays-de-la-Loire	905,33	115,53	137,96	300,00	165,05	848,70
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 545,38		535,73		243,44	945,00
France métropolitaine	17 041,98	1 207,41	9 716,00	7 422,90	3 361,76	12 985,39
Guadeloupe	153,80				76,01	230,20
Guyane					27,83	283,50
Martinique	37,80				67,95	230,20
Océan Indien	421,52	151,34			108,83	239,34
DOM	613,12	151,34			280,63	983,24
Total dotations régionales	17 655,10	1 358,76	9 716,00	7 422,90	3 642,39	13 968,63

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les équipes de cancéro pédiatriques (extension des dispositifs pour les Adolescents et jeunes adultes en cancérologie AJA) MIG I 04 NR	Coordination des parcours de soins des malades en cancérologie MIG P 09 JPE	Consultations hospitalières de génétique MIG P05 NR	Centres de diagnostic préimplantatoire MIG F 13 JPE	Prélèvement de sang placentaire MIG J 04 JPE	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer MIG E 01 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	130,00	210,00	100,00	880,30	252,61	309,00
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		210,00	65,00		305,39	360,50
Auvergne - Rhône-Alpes		490,00	95,00	435,00	222,73	669,50
Bourgogne - Franche-Comté	65,00		40,00		225,54	103,00
Bretagne	65,00	70,00	60,00			309,00
Centre-Val de Loire	65,00	70,00	25,00			206,00
Corse	8,00					
Ile-de-France		560,00	155,00	941,93	570,78	721,00
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	130,00	140,00	85,00	1 122,80	131,51	515,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		140,00	90,00		131,37	257,50
Normandie	65,00	210,00	45,00			103,00
Pays-de-la-Loire		210,00	40,00	879,05	97,57	309,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	130,00	140,00	50,00			257,50
France métropolitaine	658,00	2 450,00	850,00	4 259,08	1 937,49	4 120,00
Guadeloupe	8,00					
Guyane	5,00					
Martinique	8,00					
Océan Indien	21,00		10,00			
DOM	42,00		10,00			
Total dotations régionales	700,00	2 450,00	860,00	4 259,08	1 937,49	4 120,00

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles MIG F 10 JPE	CSERD MIG U 03 JPE	Participation rémunération APHP MIG R 06 JPE	Registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres MIG H 07 JPE	Précarité MIG U 01 JPE	Centres nationaux appels d'urgence MIG Q 03 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	707,16	359,84		574,80	8 446,77	
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	701,51	133,83		471,21	7 196,31	
Auvergne - Rhône-Alpes	1 112,90	157,35		247,42	4 187,66	500,00
Bourgogne - Franche-Comté	40,30			281,74	1 995,25	
Bretagne	370,00	108,31		107,59		
Centre-Val de Loire	142,87				3 243,75	
Corse						
Ile-de-France	1 964,74	453,29	55 765,80	199,03	36 150,82	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	487,37	121,80		372,41	13 881,83	421,98
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	563,95	107,00		378,45	24 600,06	
Normandie	748,07			349,87	6 338,82	
Pays-de-la-Loire	634,92	73,61		219,91	3 990,35	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	109,09	177,69			14 408,02	
France métropolitaine	7 582,89	1 692,71	55 765,80	3 202,42	124 439,64	921,98
Guadeloupe				117,69	4 143,35	
Guyane				80,83	3 573,84	
Martinique				189,61	5 028,47	
Océan Indien				12,38	11 558,89	
DOM				400,51	24 304,54	
Total dotations régionales	7 582,89	1 692,71	55 765,80	3 602,93	148 744,18	921,98

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Aide médicale urgente en milieu périlleux MIG Q 06 JPE	Débasage Appui aux services d'urgence en tension AC R	SMUR MIG Q 02 R	SMUR MIG Q 02 JPE	SAMU MIG Q 01 JPE	Acquisition et maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles MIG O 03 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		-159,00	-66 265,28	67 581,53	22 117,69	1 095,10
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	439,25	-157,00	-77 731,38	79 107,20	26 576,58	1 133,99
Auvergne - Rhône-Alpes		-166,00	-75 098,81	76 372,67	28 632,63	1 250,53
Bourgogne - Franche-Comté		-87,00	-44 313,50	45 789,89	12 021,34	739,00
Bretagne	439,25	-58,00	-36 477,60	37 071,75	10 027,89	423,31
Centre-Val de Loire		-69,00	-33 911,34	34 958,97	11 753,00	443,50
Corse		-26,00	-16 660,68	17 037,50	2 779,58	128,27
Ile-de-France		-197,00	-91 220,03	92 463,76	33 129,55	2 147,02
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		-145,00	-69 967,09	72 098,18	25 582,14	1 240,09
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	181,88	-130,00	-68 257,03	69 623,53	19 873,99	1 544,91
Normandie	439,25	-86,00	-45 539,67	45 659,28	12 342,63	621,49
Pays-de-la-Loire		-61,00	-30 894,16	31 246,01	11 364,30	412,13
Provence-Alpes-Côte d'Azur	257,38	-102,00	-59 802,89	61 974,51	17 550,44	713,37
France métropolitaine	1 757,01	-1 443,00	-716 139,45	730 984,80	233 751,76	11 892,72
Guadeloupe		-12,00	-8 968,92	9 407,03	2 321,02	55,58
Guyane	229,16	-2,00	-9 326,62	9 327,75	1 878,69	200,11
Martinique	324,29	-19,00	-2 388,32	3 084,21	2 582,66	100,21
Océan Indien	337,16	-8,00	-11 958,15	12 359,75	3 947,94	253,66
DOM	890,62	-41,00	-32 642,01	34 178,74	10 730,30	609,56
Total dotations régionales	2 647,63	-1 484,00	-748 781,46	765 163,53	244 482,07	12 502,28

Les montants sont en milliers d'euros

Région	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique MIG O 02 JPE	Les cellules d'urgence psychologique MIG Q 05 JPE	Coordonnateurs régionaux hémovigilance MIG H 05 JPE	Les centres de référence pour les infections ostéo-articulaires CIOA MIG F 15 JPE	CCLIN MIG H 02 JPE	ARLIN MIG H 03 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	540,00	432,00	474,90	138,38	698,85	622,19
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	270,00	324,00	499,50	30,47	804,92	681,51
Auvergne - Rhône-Alpes	270,00	324,00	517,00	148,53	1 278,21	889,06
Bourgogne - Franche-Comté		216,00	273,40	10,16		566,66
Bretagne	270,00	216,00	273,40	144,38	881,13	333,90
Centre-Val de Loire		108,00	184,00	128,22		377,31
Corse		116,64	115,26			213,51
Ile-de-France	518,80	924,48	552,35	296,13	1 582,36	441,27
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		216,00	457,40	128,22		712,43
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	270,00	324,00	437,30	138,38		878,58
Normandie	270,00	216,00	273,40	10,16		480,17
Pays-de-la-Loire		108,00	273,40	20,32		344,08
Provence-Alpes-Côte d'Azur	469,17	216,00	368,00	173,93		418,95
France métropolitaine	2 877,97	3 741,12	4 699,31	1 367,26	5 245,48	6 959,63
Guadeloupe		136,08	171,41			338,14
Guyane	340,20	136,08	134,07			346,87
Martinique	340,20	136,08	134,07			223,04
Océan Indien	353,70	141,48	216,88			424,38
DOM	1 034,10	549,72	656,43			1 332,43
Total dotations régionales	3 912,07	4 290,84	5 355,74	1 367,26	5 245,48	8 292,06

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les centres d''implantation cochléaire et du tronc cérébral MIG F 09 JPE	Centre national ressources douleur MIG H 08 JPE	Structures d'étude et de traitement de la douleur chronique MIG JPE	Soutien à l'activité de rétrocession de l'AGEPS des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales Enveloppe de financement AC R	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: atelier opérationnel PMP AC NR	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: Conduite du changement AC NR
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	396,48		5 075,73			
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	449,85		4 901,84			
Auvergne - Rhône-Alpes	965,17		7 041,56			4 000,00
Bourgogne - Franche-Comté	191,63		3 220,13			
Bretagne	160,48		3 056,65		1 435,70	
Centre-Val de Loire	287,44		2 070,67			
Corse						
Ile-de-France	3 330,26	351,53	10 175,61	100,00		
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	1 337,44		5 809,27			
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	683,14		5 881,74			
Normandie	282,28		3 620,87			
Pays-de-la-Loire	240,39		4 041,94			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	225,61		4 377,61			
France métropolitaine	8 550,16	351,53	59 273,60	100,00	1 435,70	4 000,00
Guadeloupe			230,89			
Guyane						
Martinique	97,24		194,83			
Océan Indien			1 038,26			
DOM	97,24		1 463,99			
Total dotations régionales	8 647,40	351,53	60 737,59	100,00	1 435,70	4 000,00

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Accompagnement à la mise en œuvre du GHT: enveloppe globale AC NR	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire MIG T 03 R	Détenus chambres sécurisées MIG T 04 R	Création assistants spécialistes soins palliatifs AC NR	Unités d'accueil et de soins des patients sourds MIG K 03 R	consultations d'évaluation pluri professionnellepost AVC en UNV AC R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	484,10		51,94			-159,83
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	524,43		51,94	336,00	592,50	-197,50
Auvergne - Rhône-Alpes	645,45	788,96		192,00	480,00	-200,86
Bourgogne - Franche-Comté	403,40	-190,00		144,00		-93,18
Bretagne	242,05			144,00		-117,24
Centre-Val de Loire	242,05					-73,72
Corse	80,70					-9,31
Ile-de-France	564,76	205,20		192,00		-280,87
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	564,76			96,00		-178,56
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	484,10	513,00		38,40		-173,35
Normandie	403,40			153,60		-95,60
Pays-de-la-Loire	201,70			240,00		-98,28
Provence-Alpes-Côte d'Azur	242,05	47,50		144,00		-149,11
France métropolitaine	5 082,95	1364,66	103,88	1 680,00	1 072,50	-1 827,41
Guadeloupe	40,34					-10,99
Guyane	40,34					-4,25
Martinique	40,34	304,00				-9,30
Océan Indien	40,34					-23,06
DOM	161,36	304,00				-47,59
Total dotations régionales	5 244,31	1668,66	103,88	1 680,00	1 072,50	-1 875,00

Les montants sont en milliers d'euros

Région	consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC en UNV MIG P 11 JPE	Centres experts de la maladie de Parkinson MIG P10 JPE	Services experts hépatites virales MIG F 11 JPE	Centre National des Soins palliatifs et de la fin de vie MIG H 09 JPE	Centre National des Soins palliatifs et de la fin de vie AC NR	Centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson MIG H12 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	319,65	233,21	323,44			96,66
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	395,01	297,71	242,58			96,66
Auvergne - Rhône-Alpes	401,73	322,52	242,58			96,66
Bourgogne - Franche-Comté	186,35	119,09	161,72			
Bretagne	234,48	74,43	80,86			
Centre-Val de Loire	147,44	59,54	161,72			
Corse	18,62					
Ile-de-France	561,73	446,57	605,65	1 207,61	1 000,00	96,66
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	357,11	248,09	242,58			
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	346,70	208,40	161,72			96,66
Normandie	191,20	133,97	161,72			
Pays-de-la-Loire	196,56	99,24	161,72			96,66
Provence-Alpes-Côte d'Azur	298,22	322,52	161,72			96,66
France métropolitaine	3 654,82	2 565,30	2 708,01	1 207,61	1 000,00	676,60
Guadeloupe	21,98		101,89			
Guyane	8,50					
Martinique	18,60		101,90			
Océan Indien	46,11		105,92			
DOM	95,18		309,71			
Total dotations régionales	3 750,00	2 565,30	3 017,72	1 207,61	1 000,00	676,60

Les montants sont en milliers d'euros

Région	SI Banque de données Parkinson AC R	Obésité MIG Q04 JPE	Centres mémoire de ressources et de recherche MIG F 01 JPE	Hôpital numérique AC NR	Projet Cristal Image - Réseau d'images numérisées pour la transplantation d'organes AC NR	Performance SI de gestion AC NR
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		147,71	1 288,60		120,00	
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		117,71	1 266,97	214,90	110,00	60,00
Auvergne - Rhône-Alpes		112,70	1 674,88	180,60	80,00	
Bourgogne - Franche-Comté		56,35	772,55	444,80	80,00	
Bretagne		28,18	772,55			
Centre-Val de Loire		56,35	386,28			
Corse			386,28		20,00	
Ile-de-France		112,70	988,85	2 628,80		
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	100,00	56,35	1 118,62		160,00	40,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		140,88	1 010,48		200,00	
Normandie		56,35	772,55		30,00	
Pays-de-la-Loire		56,35	902,33			
Provence-Alpes-Côte d'Azur		56,35	772,55	580,00	180,00	60,00
France métropolitaine	100,00	997,98	12 113,48	4 049,10	980,00	160,00
Guadeloupe		28,18				
Guyane						
Martinique		28,18				
Océan Indien		28,18			20,00	
DOM		84,53			20,00	
Total dotations régionales	100,00	1 082,50	12 113,48	4 049,10	1 000,00	160,00

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Emprunts structurés AC NR	Débasage SI AC R	Le financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation Part modulable MIG B 02 JPE	Organisation, surveillance et coordination de la recherche MIG D 23 JPE	Conception des protocoles, gestion et analyse des données MIG D 24 JPE	Investigation (ex CIC CRC/RIC - SIRIC) MIG D 25 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	12 650,00	-328,10	107 770,45	1 944,62	486,16	2 645,00
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		-194,28	107 251,44	3 545,81	886,45	3 015,00
Auvergne - Rhône-Alpes		-417,31	187 533,08	8 101,71	2 025,43	5 004,68
Bourgogne - Franche-Comté	3 250,00	-198,55	55 676,55	2 343,30	585,83	1 930,00
Bretagne		-33,02	56 034,91	2 042,28	510,57	1 675,00
Centre-Val de Loire		-24,97	31 934,72	925,72	231,43	725,00
Corse						
Ile-de-France	7 500,00	-1 743,79	504 517,58	18 151,51	4 537,88	13 859,43
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		-125,69	135 367,71	5 639,51	1 409,88	2 125,00
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		-597,48	117 371,20	3 845,03	961,26	1 705,00
Normandie		-278,54	54 956,71	2 162,38	540,60	960,00
Pays-de-la-Loire		-165,02	77 851,71	3 523,52	880,88	3 010,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5 550,00	-91,04	112 658,04	3 581,53	895,38	2 905,00
France métropolitaine	28 950,00	-4 197,78	1 548 924,09	55 806,93	13 951,73	39 559,11
Guadeloupe		-24,69	2 004,65	297,17	74,29	201,60
Guyane		-25,09	823,17			201,60
Martinique		-125,40	2 314,71	297,17	74,29	201,60
Océan Indien		-23,10	4 631,91	308,97	77,24	628,80
DOM		-198,28	9 774,45	903,32	225,83	1 233,60
Total dotations régionales	28 950,00	-4 396,06	1 558 698,54	56 710,25	14 177,56	40 792,71

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Coordination territoriale (ex GIRCI - EMRC) MIG D 26 JPE	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l''article L.1413-4 CSP MIG F 14 JPE	Les actes de biologie, les actes d'anatomocyto-pathologie et les actes dentaires non inscrits sur la liste prévue à l'article L.162-1-7 CSS MIG G 03 JPE	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une ATU en attente de leur agrément MIG G 02 JPE	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire MIG G 05 JPE	Les centres de ressources biologiques dont les tumorothèques MIG D 04 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		513,48	17 920,20	6 481,32	464,24	1 823,12
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	3 230,47	492,94	17 189,58	7 523,13		1 602,53
Auvergne - Rhône-Alpes	1 782,59	1 807,44	27 053,89	11 870,89	464,24	2 332,45
Bourgogne - Franche-Comté	1 720,36	759,95	6 726,20	3 220,45		896,03
Bretagne			13 533,69	4 294,37		926,05
Centre-Val de Loire		287,55	2 844,30	2 642,57		357,15
Corse			0,07	105,28		
Ile-de-France	2 593,06	5 713,98	115 636,20	22 650,06	1 044,53	8 569,38
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		739,41	15 706,00	7 482,89	116,06	1 864,28
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	1 504,17	246,47	21 594,97	6 984,73	232,12	1 674,29
Normandie		821,56	11 301,43	6 023,23	116,06	855,27
Pays-de-la-Loire	1 891,53		10 202,87	4 682,13	232,12	1 461,93
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 099,98		20 510,34	8 537,47	464,24	1 614,63
France métropolitaine	13 822,16	11 382,77	280 219,73	92 498,53	3 133,59	23 977,09
Guadeloupe			39,37			82,47
Guyane		482,67	452,22	22,80		
Martinique			84,30	136,99		185,06
Océan Indien		315,42	2 187,03	293,77	116,06	129,77
DOM		798,09	2 762,91	453,56	116,06	397,30
Total dotations régionales	13 822,16	12 180,86	282 982,64	92 952,09	3 249,65	24 374,38

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation MIG D 20 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national PHRCN MIG D 05 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique PRME MIG D 21 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche médico économique en cancérologie(JPE) PRMEK	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional PHRCI MIG D 07 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie PHRCK MIG D 06 JPE
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	123,60				114,97	50,00
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	100,00	171,76	407,85	21,10	295,62	141,00
Auvergne - Rhône-Alpes	150,00	30,80	1 798,31		517,29	208,00
Bourgogne - Franche-Comté	60,00	109,70			322,07	39,00
Bretagne		37,60			253,32	
Centre-Val de Loire					122,09	
Corse						
Ile-de-France	650,00	1 392,99	562,55		193,40	1 605,52
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	250,00	141,65		50,00	420,88	94,60
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	358,00	131,43				
Normandie		202,62				100,00
Pays-de-la-Loire			812,18		168,07	50,00
Provence-Alpes-Côte d'Azur	100,00			50,00	364,48	81,44
France métropolitaine	1 791,60	2 218,54	3 580,89	121,10	2 772,18	2 369,56
Guadeloupe	244,49					
Guyane						
Martinique	50,00					
Océan Indien						
DOM	294,49					
Total dotations régionales	2 086,09	2 218,54	3 580,89	121,10	2 772,18	2 369,56

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé PRTS MIG D 09 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du sytème de soins PREPS MIG D 11 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale PHRIP MIG D 12 JPE	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie PRTK MIG D 10 JPE	Les filières de santé maladies rares MIG F 17 JPE	Les centres de références pour la prise en charge des maladies rares (JPE)
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine					269,57	2 565,60
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	17,67	544,40				1 821,33
Auvergne - Rhône-Alpes					808,70	6 324,76
Bourgogne - Franche-Comté					269,57	231,29
Bretagne						1 613,70
Centre-Val de Loire	142,76					190,53
Corse						
Ile-de-France				165,90	2 965,22	68 026,19
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	47,01		23,29		269,57	3 309,63
Nord-Pas-de-Calais - Picardie					539,13	3 074,68
Normandie						508,83
Pays-de-la-Loire		61,96			269,57	2 374,75
Provence-Alpes-Côte d'Azur					808,70	4 164,08
France métropolitaine	207,43	606,36	23,29	165,90	6 200,00	94 205,37
Guadeloupe						1 168,72
Guyane						
Martinique						1 063,53
Océan Indien						850,22
DOM						3 082,47
Total dotations régionales	207,43	606,36	23,29	165,90	6 200,00	97 287,84

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose MIG F 06 JPE	Les centres de référence sur l'hémophilie MIG F 05 JPE	Les réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte MIG F 16 JPE	Les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique SLA MIG F 07 JPE	La coordination des instances nationales MIG R 03 R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	1 606,24	583,01		450,34	118,26
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	996,63	337,50	1 182,11	650,48	
Auvergne - Rhône-Alpes	2 721,64	459,87	1 352,92	875,65	
Bourgogne - Franche-Comté	696,72	272,65		186,18	
Bretagne	1 400,36	380,52		284,95	
Centre-Val de Loire	553,12	93,13		262,43	
Corse					
Ile-de-France	3 893,23	1 245,45	2 874,00	1 246,69	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	1 353,03	391,67	325,00	954,60	
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	1 575,10	472,73	360,85	475,57	
Normandie	835,13	448,40		217,37	95,40
Pays-de-la-Loire	1 131,58	197,89	150,00	355,13	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 186,94	109,84	278,00	740,59	-118,26
France métropolitaine	17 949,71	4 992,66	6 522,89	6 700,00	95,40
Guadeloupe					
Guyane					
Martinique		24,71			
Océan Indien	537,08	15,99			
DOM	537,08	40,69			
Total dotations régionales	18 486,79	5 033,35	6 522,89	6 700,00	95,40

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Traitement coûteux HAD AC NR	CICE AC NR	Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté AC NR	Mesures ponctuelles MIG/AC R	Mesures ponctuelles MIG/AC NR	**Total Mesures Nouvelles**	**Délégations régionales**
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	274,13	162,87				**272 827,53**	**449 419,15**
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	490,71	106,61				**272 892,97**	**452 230,38**
Auvergne - Rhône-Alpes	735,59	145,98		58,00	466,98	**416 061,16**	**635 141,70**
Bourgogne - Franche-Comté	159,23	56,60		103,03	35,00	**135 943,53**	**227 674,25**
Bretagne	185,43	93,06	1 000,00	0,39	11,99	**143 376,01**	**237 586,85**
Centre-Val de Loire	101,28	27,12	1 000,00		15,00	**83 383,52**	**173 244,95**
Corse	3,96	26,46	12 000,00	-463,40	1 650,00	**17 593,68**	**40 099,17**
Ile-de-France	721,82	123,26		47,28	331,96	**1 077 423,02**	**1 451 511,31**
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	375,56	84,75		-63,92		**296 305,18**	**490 494,53**
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	421,05	106,68		-18,17	343,61	**289 711,64**	**475 365,47**
Normandie	118,46	45,81				**151 178,80**	**259 948,88**
Pays-de-la-Loire	163,71	65,67			879,70	**179 791,95**	**268 494,04**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	198,09	80,94		-22,40		**263 685,42**	**424 129,44**
France métropolitaine	3 949,02	1 125,81	14 000,00	-359,19	3 734,24	**3 600 174,42**	**5 585 340,11**
Guadeloupe	10,57	5,20			2 000,00	**20 996,21**	**36 379,52**
Guyane		6,41				**10 959,88**	**41 762,68**
Martinique		6,03				**21 632,05**	**32 521,18**
Océan Indien	40,41	49,50		14,99		**39 825,43**	**66 809,32**
DOM	50,98	67,14		14,99	2 000,00	**93 413,56**	**177 472,71**
Total dotations régionales	4 000,00	1 192,95	14 000,00	-344,20	5 734,24	**3 693 587,98**	**5 762 812,82**

ANNEXE IB

MONTANTS RÉGIONAUX DAF

Les montants sont en milliers d'euros *DAF*

Région	Bases 2016	Mises en réserve DAF SSR NR	Mises en réserve DAF PSY NR	Economies ciblées DAF SSR R	Economies ciblées DAF PSY R	Economies non ciblées DAF SSR R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	1 346 527,07	-3 076,94	-3 784,33	-3 373,08	-2 371,04	-4 548,57
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	1 306 808,73	-2 425,93	-4 232,97	-2 659,40	-2 652,12	-3 586,19
Auvergne - Rhône-Alpes	1 770 817,43	-3 835,64	-5 187,63	-4 204,79	-3 250,26	-5 670,13
Bourgogne - Franche-Comté	604 207,01	-1 085,05	-1 993,71	-1 189,47	-1 249,14	-1 604,00
Bretagne	847 267,49	-1 856,01	-2 461,28	-2 034,63	-1 542,09	-2 743,69
Centre-Val de Loire	489 119,77	-1 042,04	-1 450,29	-1 142,33	-908,67	-1 540,42
Corse	62 186,25	-93,27	-223,60	-102,24	-140,10	-137,88
Ile-de-France	2 889 246,46	-6 341,76	-8 366,00	-6 952,11	-5 241,63	-9 374,88
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	1 146 093,24	-2 328,14	-3 471,05	-2 552,21	-2 174,75	-3 441,64
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	1 427 402,90	-3 005,18	-4 268,20	-3 294,41	-2 674,20	-4 442,49
Normandie	737 399,18	-1 414,54	-2 342,90	-1 550,68	-1 467,92	-2 091,08
Pays-de-la-Loire	779 812,38	-1 807,77	-2 165,79	-1 981,75	-1 356,96	-2 672,38
Provence-Alpes-Côte d'Azur	936 340,31	-1 637,22	-3 133,94	-1 794,79	-1 963,54	-2 420,26
France métropolitaine	14 343 228,22	-29 949,48	-43 081,69	-32 831,91	-26 992,41	-44 273,61
Guadeloupe	102 595,64	-176,90	-345,88	-193,92	-216,71	-261,50
Guyane	28 407,62	-7,50	-137,26	-8,22	-86,00	-11,08
Martinique	113 793,11	-263,80	-316,04	-289,19	-198,01	-389,96
Océan Indien	280 971,00	-148,50	-461,11	-162,79	-288,90	-219,53
DOM	525 767,37	-596,69	-1 260,29	-654,12	-789,62	-882,08
Total dotations régionales	14 868 995,59	-30 546,17	-44 341,98	-33 486,03	-27 782,04	-45 155,69

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Economies non ciblées DAF PSY R	Economies non ciblées DAF MCO R	Mesures de reconduction DAF MCO R	Mesures de reconduction DAF SSR R	Mesures de reconduction DAF PSY R	Indemnité particulière d'exercice Mayotte DAF MCO R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	-5 613,90			12 554,02	11 506,74	
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	-6 279,42			9 893,81	12 837,23	
Auvergne - Rhône-Alpes	-7 695,62			15 650,91	15 765,13	
Bourgogne - Franche-Comté	-2 957,59			4 431,29	6 053,57	
Bretagne	-3 651,20			7 563,45	7 466,76	
Centre-Val de Loire	-2 151,44			4 255,39	4 411,56	
Corse	-331,71			379,35	675,77	
Ile-de-France	-12 410,60	-18,76	29,72	25 885,39	25 440,74	
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	-5 149,16	-52,74	83,55	9 493,05	10 532,25	
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	-6 331,69			12 273,13	12 982,31	
Normandie	-3 475,60			5 779,05	7 121,48	
Pays-de-la-Loire	-3 212,86			7 378,32	6 590,33	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	-4 649,07			6 689,53	9 518,00	
France métropolitaine	-63 909,86	-71,50	113,27	122 226,70	130 901,88	
Guadeloupe	-513,10			722,78	1 050,32	
Guyane	-203,61			33,62	418,85	
Martinique	-468,83			1 076,39	961,27	
Océan Indien	-684,04	-1 063,66	1 685,04	622,12	1 419,14	900,00
DOM	-1 869,58	-1 063,66	1 685,04	2 454,91	3 849,59	900,00
Total dotations régionales	-65 779,44	-1 135,16	1 798,31	124 681,61	134 751,47	900,00

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Majoration de la rémunération des fonctionnaires Mayotte DAF MCO R	Pacte de responsabilité DAF SSR R	Pacte de responsabilité DAF PSY R	Plan addictions DAF PSY NR	Action de coopération internationale DAF PSY NR	Aide médicale en milieu périlleux DAF MCO NR
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine		-849,14	-36,83			
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		-493,61	-236,74		32,00	
Auvergne - Rhône-Alpes		-893,60	-973,09		16,00	
Bourgogne - Franche-Comté		-103,26	-250,25			
Bretagne		-521,74	-334,00			
Centre-Val de Loire		-197,50	-5,13			
Corse						
Ile-de-France		-1 279,12	-611,16	30,00		
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées		-504,45	-529,26			
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		-762,07	-95,32			
Normandie		-301,98	-197,69			
Pays-de-la-Loire		-476,15	-63,49			
Provence-Alpes-Côte d'Azur		-524,39	-226,25			
France métropolitaine		-6 907,00	-3 559,20	30,00	48,00	
Guadeloupe						
Guyane						
Martinique						
Océan Indien	3 927,31	-37,89				238,26
DOM	3 927,31	-37,89				238,26
Total dotations régionales	3 927,31	-6 944,88	-3 559,20	30,00	48,00	238,26

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Offre de soins Mayotte DAF MCO R	Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (ex-UCSA) DAF PSY R	Détenus offre graduée santé mentale DAF PSY R	Unités hospitalières spécialement aménagées DAF PSY R	Débasage SI DAF SSR R	Débasage SI DAF PSY R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine						-5,77
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes				3 422,13		-1,85
Auvergne - Rhône-Alpes		263,03				-20,64
Bourgogne - Franche-Comté		-63,33			-0,90	
Bretagne					-18,06	
Centre-Val de Loire			187,33			
Corse						
Ile-de-France		68,40	316,00		-38,32	-26,99
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées						
Nord-Pas-de-Calais - Picardie		171,50			-20,99	
Normandie					-2,75	
Pays-de-la-Loire					-26,72	
Provence-Alpes-Côte d'Azur		15,84	158,00		-10,81	-1,15
France métropolitaine		455,44	661,33	3 422,13	-118,55	-56,41
Guadeloupe						
Guyane						
Martinique		101,34			-6,14	
Océan Indien	5 400,00					
DOM	5 400,00	101,34			-6,14	
Total dotations régionales	5 400,00	556,78	661,33	3 422,13	-124,69	-56,41

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Emprunts structurés DAF PSY NR	Hôpital numérique DAF PSY NR	Molécules onéreuses DAF SSR R	Molécules onéreuses DAF SSR NR	Part modulable DAF PSY NR	Projets de recherche DAF PSY NR
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine			-2 254,52	884,24		
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes		320,80	-1 777,51	563,14	1 531,90	
Auvergne - Rhône-Alpes			-2 810,43	1 482,68	1 119,52	125,04
Bourgogne - Franche-Comté	133,50		-795,03	157,80		
Bretagne			-1 359,92	1 424,71		
Centre-Val de Loire			-763,51	171,41		
Corse			-68,34			
Ile-de-France		168,80	-4 646,70	6 838,82		
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées			-1 705,86	455,94		
Nord-Pas-de-Calais - Picardie			-2 201,94	732,04		
Normandie			-1 036,45	357,75		
Pays-de-la-Loire			-1 324,58	1 644,29		
Provence-Alpes-Côte d'Azur			-1 199,61	161,78		
France métropolitaine	133,50	489,60	-21 944,41	14 874,61	2 651,42	125,04
Guadeloupe			-129,62	2,60		
Guyane			-5,49			
Martinique			-193,29	51,51		
Océan Indien	266,50		-108,81	71,28		
DOM	266,50		-437,20	125,39		
Total dotations régionales	400,00	489,60	-22 381,61	15 000,00	2 651,42	125,04

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Soutien aux établissements en difficulté DAF PSY NR	Mesures ponctuelles DAF SSR (R)	Mesures ponctuelles DAF PSY (R)	Mesures ponctuelles DAF SSR (NR)	**Total Mesures Nouvelles**	**Délégations régionales**
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine					**-969,12**	**1 345 557,95**
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes					**4 255,27**	**1 311 064,00**
Auvergne - Rhône-Alpes					**-119,51**	**1 770 697,92**
Bourgogne - Franche-Comté					**-515,57**	**603 691,44**
Bretagne					**-67,69**	**847 199,80**
Centre-Val de Loire					**-175,63**	**488 944,14**
Corse					**-42,01**	**62 144,24**
Ile-de-France					**3 469,83**	**2 892 716,28**
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées					**-1 344,48**	**1 144 748,76**
Nord-Pas-de-Calais - Picardie					**-937,52**	**1 426 465,39**
Normandie				123,80	**-499,51**	**736 899,67**
Pays-de-la-Loire		1,35	-60,36	2,87	**468,33**	**780 280,72**
Provence-Alpes-Côte d'Azur					**-1 017,86**	**935 322,45**
France métropolitaine		1,35	-60,36	126,67	**2 504,54**	**14 345 732,76**
Guadeloupe	19 000,00				**18 938,07**	**121 533,72**
Guyane	4 000,00				**3 993,32**	**32 400,95**
Martinique	38 000,00				**38 065,25**	**151 858,36**
Océan Indien					**11 354,43**	**292 325,42**
DOM	61 000,00				**72 351,07**	**598 118,44**
Total dotations régionales	61 000,00	1,35	-60,36	126,67	**74 855,61**	**14 943 851,20**

ANNEXE IC

MONTANTS RÉGIONAUX MIGAC SSR

Les montants sont en milliers d'euros *MIGAC SSR*

Région	MIG réinsertion professionnelle MIG V 02 JPE	Scolarisation des enfants MIG V 01 JPE	Consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post AVC MIG V 03 JPE	**Total mesures nouvelles**	**Délégations régionales**
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	553,90	345,32	174,24	1 073,46	**1 073,46**
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	448,96	595,20	246,76	1 290,92	**1 290,92**
Auvergne - Rhône-Alpes	611,51	825,92	200,12	1 637,55	**1 637,55**
Bourgogne - Franche-Comté	249,59	138,20	107,84	495,63	**495,63**
Bretagne	817,20	463,76	116,80	1 397,76	**1 397,76**
Centre-Val de Loire	124,79	56,28	73,44	254,51	**254,51**
Corse			9,28	9,28	**9,28**
Ile-de-France	746,83	1 204,20	346,82	2 297,85	**2 297,85**
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	499,18	844,12	237,88	1 581,18	**1 581,18**
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	713,21	483,52	202,70	1 399,43	**1 399,43**
Normandie	270,65	251,20	125,24	647,09	**647,09**
Pays-de-la-Loire	315,45	218,88	112,92	647,25	**647,25**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	376,65	662,20	218,56	1 257,41	**1 257,41**
France métropolitaine	5 727,93	6 088,80	2 172,60	**13 989,33**	**13 989,33**
Guadeloupe			10,94	**10,94**	**10,94**
Guyane			19,24	**19,24**	**19,24**
Martinique		57,34	9,26	**66,60**	**66,60**
Océan Indien		130,14	37,96	**168,10**	**168,10**
DOM		187,48	77,40	**264,88**	**264,88**
Total dotations régionales	5 727,93	6 276,28	2 250,00	**14 254,21**	**14 254,21**

ANNEXE ID

MONTANTS RÉGIONAUX USLD

Les montants sont en milliers d'euros *USLD*

Région	Bases 2016	Convergence 2016 USLD R	Convergence 2016 USLD R	Convergence 2015 USLD R	Economies non ciblées USLD R
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	89 338,50	-610,511	610,51	839,15	-665,37
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	103 527,90	-400,45	400,45	341,70	-771,05
Auvergne - Rhône-Alpes	123 314,80	-641,34	641,34	143,30	-918,42
Bourgogne - Franche-Comté	42 335,96	-144,51	144,51	113,16	-315,31
Bretagne	48 548,59	-179,90	179,90	226,77	-361,58
Centre-Val de Loire	40 005,53	-289,71	289,71	132,60	-297,95
Corse	5 181,76	-38,24	38,24	85,88	-38,59
Ile-de-France	182 784,10	-614,78	614,78	1 007,02	-1 361,33
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	96 758,49	-198,81	198,81	158,87	-720,63
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	89 988,10	-554,45	554,45	221,41	-670,21
Normandie	48 708,20	-46,21	46,21	39,72	-362,77
Pays-de-la-Loire	52 713,33	-141,70	141,70	141,95	-392,60
Provence-Alpes-Côte d'Azur	53 366,59	-256,38	256,38	82,29	-397,46
France métropolitaine	976 571,86	-4 117,00	4 117,00	3 533,81	-7 273,27
Guadeloupe	8 519,05				-63,45
Guyane	923,73	-55,51	55,51	56,39	-6,88
Martinique	5 729,39	-51,16	51,16	24,68	-42,67
Océan Indien	3 846,76				-28,65
DOM	19 018,92	-106,68	106,68	81,08	-141,65
Total dotations régionales	995 590,77	-4 223,68	4 223,68	3 614,89	-7 414,92

Les montants sont en milliers d'euros

Région	Mesures de reconduction USLD R	Emprunts structurés USLD NR	Mesure ponctuelle USLD R	**Total mesures nouvelles**	**Délégations régionales**
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	684,78			**858,55**	**90 197,05**
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	793,54			**364,18**	**103 892,08**
Auvergne - Rhône-Alpes	945,20			**170,08**	**123 484,88**
Bourgogne - Franche-Comté	324,50			**122,35**	**42 458,32**
Bretagne	372,12			**237,32**	**48 785,91**
Centre-Val de Loire	306,64			**141,29**	**40 146,83**
Corse	39,72			**87,01**	**5 268,77**
Ile-de-France	1 401,03	1 250,00		**2 296,72**	**185 080,82**
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	741,65			**179,89**	**96 938,38**
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	689,76			**240,96**	**90 229,05**
Normandie	373,35			**50,30**	**48 758,50**
Pays-de-la-Loire	404,05			**153,40**	**52 866,73**
Provence-Alpes-Côte d'Azur	409,05		50,00	**143,88**	**53 510,46**
France métropolitaine	7 485,38	1 250,00	50,00	**5 045,93**	**981 617,78**
Guadeloupe	65,30			**1,85**	**8 520,90**
Guyane	7,08			**56,59**	**980,32**
Martinique	43,92			**25,93**	**5 755,32**
Océan Indien	29,49			**0,84**	**3 847,59**
DOM	145,78			**85,21**	**19 104,12**
Total dotations régionales	7 631,16	1 250,00	50,00	**5 131,13**	**1 000 721,91**

ANNEXE II

MESURES DE RECONDUCTION ET MESURES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES

Cette annexe donne des éléments de cadrage concernant les principales délégations relatives aux mesures de reconduction et aux ressources humaines. À ce titre, 341 M€ sont versés au total dont 67 M€ en MIGAC, 266 M€ en DAF et 7,6 M€ en dotation de soins USLD. Veuillez noter que les montants reportés ci-dessous agrègent les délégations MIGAC/ODAM. Vous trouverez la répartition par enveloppes dans l'annexe I de la présente circulaire.

I. – LES MESURES DE RECONDUCTION

Au titre des « mesures de reconduction », 312 M€ de dotations MIGAC/ODAM sont alloués en crédits reconductibles. Ces mesures de reconduction intègrent la prise en compte de la hausse des charges relatives à l'inflation et des mesures salariales à portée générale et de mesures catégorielles dont notamment la prise en compte du glissement vieillesse technicité, de l'augmentation du SMIC sur les bas salaires, de l'augmentation du taux CNRACL, de la réforme des retraites, de l'évolution de la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA), de la poursuite du protocole LMD, de la création d'un grade d'avancement pour les agents des services hospitaliers qualifiées, la mise en œuvre du dispositif « parcours professionnels carrières rémunérations » (PPCR) ainsi que l'indemnité d'engagement de service public des assistants des hôpitaux. Les mesures de reconduction intègrent par ailleurs des crédits au titre du développement d'activité en DAF SSR et en DAF PSY.

Focus spécifique sur les mesures de reconduction relatives aux ressources humaines :

a) Poursuite de la mise en œuvre du protocole d'accord (impact statutaire du LMD) du 2 février 2010

20,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont déléguées pour financer l'effet report (6/12ème) du dernier relèvement indiciaire appliqué le 1er juillet 2015 au corps des infirmiers en soins généraux et infirmiers spécialisés (mesure inscrite dans le décret nº 2010-1143 du 29 septembre 2010) et au corps des cadres de santé paramédicaux (mesure inscrite dans le décret nº 2012-1467 du 26 décembre 2012).

2,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont alloués pour compléter les dotations déjà versées en 2013 et 2014 au titre de l'intégration progressive en catégorie A de certains corps de personnels de rééducation et du corps des manipulateurs en électroradiologie.

b) Réforme statutaire du corps des directeurs des soins

0,2 M€ de dotations en DAF/USLD sont versées pour financer l'effet report (6/12e) de la mesure mise en œuvre au 1er juillet 2015 au titre du dernier relèvement indiciaire prévu dans les textes s'appliquant aux directeurs des soins (décret nº 2014-9 et arrêté d'application du 7 janvier 2014).

c) Deuxième tranche de financement du taux de promotion créé pour les agents des services hospitaliers qualifiés

0,9 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont attribuées pour financer l'accès contingenté au 2e grade de la catégorie C instauré par le décret nº 2014-1614 du 24 décembre 2014.

d) Mesure nouvelle pour la mise en œuvre du dispositif « Parcours professionnels carrières rémunérations » (PPCR)

15,3 M€ de dotations en MIGAC/DAF/USLD sont versés pour mettre en œuvre la première phase du dispositif correspondant au rééquilibrage entre la rémunération indemnitaire et la rémunération indiciaire pour les corps de la catégorie B ainsi que pour les corps paramédicaux et socio-éducatifs de la catégorie A de la fonction publique hospitalière (textes à publier avec effet rétroactif au 1er janvier 2016).

e) IESPE des assistants des hôpitaux

L'indemnité d'engagement de service public est étendue, depuis le 1er avril 2015, aux assistants des hôpitaux qui s'engagent à exercer leurs fonctions à temps plein en établissement public de santé ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle a remplacé la prime d'engagement et fait l'objet d'une montée en charge progressive à hauteur de 50 % de

son montant depuis le 1er avril 2015, de 65 % de son montant depuis le 1er novembre 2015, de 80 % de son montant à compter du 1er novembre 2016 et de 100 % de son montant à compter du 1er novembre 2017 conformément aux dispositions prévues dans le décret no 2015-321 du 20 mars 2015 portant attribution de l'indemnité d'engagement de service public exclusif aux assistants des hôpitaux à temps plein et de la prime d'engagement aux assistants associés.

Les crédits délégués en reconductible par la présente circulaire à hauteur de 0,58 M€ en MIGAC et de 1,57 M€ en DAF couvrent la mise en œuvre de la 2e tranche de financement, soit 80 % de son coût à partir du 1er novembre 2016. Les compléments correspondant au reste de la montée en charge seront versés en campagne 2017 et 2018. L'enveloppe a été répartie en tenant compte des effectifs régionaux d'assistants.

II. – LES AUTRES MESURES RELATIVES AUX RESSOURCES HUMAINES

Les assistants spécialistes post-internat et postes partagés

La dotation 2016 versée par la présente circulaire à hauteur de 24,1 M€ en AC non reconductible est dédiée au financement des postes d'assistants spécialistes post internat et postes partagés financés par les ARS. Les montants alloués par la présente circulaire seront ajustés en fin de campagne selon les résultats de l'enquête dédiée qui vous sera transmise prochainement.

Mesures spécifiques Mayotte

a) Majoration de traitement pour les personnels non médicaux du centre hospitalier de Mayotte

3,9 M€ de dotation en DAF sont alloués pour le financement de la 4e et avant-dernière étape de mise en œuvre progressive de la majoration de traitement instaurée au bénéfice des fonctionnaires hospitaliers en service dans le département de Mayotte par le décret no 2013-964 du 28 octobre 2013 (10 % supplémentaires en 2016).

b) Indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers du centre hospitalier de Mayotte

L'indemnité particulière d'exercice est mise en œuvre pour les praticiens hospitaliers afin d'améliorer leurs conditions d'exercice et de vie et de répondre aux difficultés de recrutement en fidélisant les praticiens titulaires qui s'engagent à exercer pour une durée minimum de quatre années. Cette mesure permet d'accroitre la qualité des soins offerts aux patients. L'indemnité est calculée en tenant compte des émoluments mensuels de base des praticiens. Son montant est égal à seize mensualités. Elle est versée durant la période d'engagement de quatre années et elle est payée en quatre fractions annuelles égales.

Ce dispositif a été mis en place réglementairement par le décret no 2014-1024 du 8 septembre 2014 portant création d'une indemnité particulière d'exercice pour les praticiens hospitaliers à temps plein et les praticiens des hôpitaux à temps partiel des disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques dans le département de Mayotte.

La présente circulaire délègue 0,9 M€ en DAF reconductible.

ANNEXE III

PLANS ET MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Pour 2016, la mise en œuvre des plans et mesures de santé publique se poursuit avec un montant total délégué par cette circulaire de 714 M€ dont 703,4 M€ en MIGAC et 10,4 M€ en ODAM. Cette annexe présente les principales délégations proposées à ce titre.

III. – LES PLANS DE SANTÉ PUBLIQUE

1. **Plan cancer**

Expérimentation des infirmiers de coordination en cancérologie – équipes hospitalières

La deuxième phase d'expérimentation d'un parcours de soins coordonné en cancérologie, donnant lieu au financement de postes d'infirmiers de coordination en cancérologie (IDEC), se poursuit en 2016, conformément aux objectifs fixés par l'instruction DGOS du 24 juillet 2014. Ces postes, créés au bénéfice des parcours complexes, sont plus particulièrement affectés à la coordination ville-hôpital et à l'accompagnement des évolutions thérapeutiques actuelles (chimiothérapie orale et éducation thérapeutique notamment).

La présente mesure permet de financer, au sein de 11 régions, les 35 équipes hospitalières retenues pour cette deuxième phase d'expérimentation, pour un montant annuel total de 2,45 M€ (chaque équipe hospitalière se voyant allouer un montant de 0,07 M€), comme en 2015.

Pour rappel, afin de financer l'extension de cette expérimentation au secteur de ville, un montant de 0,7 M€, dédié au financement des 10 équipes issues du 1er recours qui ont été retenues dans 9 régions, est également alloué par le biais du FIR (comme en 2015). Un total de 3,15 M€ est ainsi consacré en 2016 à la mise en œuvre de l'expérimentation.

Ces crédits peuvent être renouvelés annuellement, pour une durée maximale de 2 ans, sous réserve que les équipes répondent aux objectifs d'activité et de qualité des prestations définis par le cahier des charges.

Extension de l'accompagnement à la structuration des prises en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA) en cancérologie

Pour la mise en œuvre de l'action 2.13 du Plan Cancer III (« Assurer aux adolescents et jeunes adultes une prise en charge tenant compte de leur spécificité et s'attachant au maintien du lien social »), une délégation est allouée pour l'année 2016 aux régions suivantes :

- Alsace – Champagne-Ardenne – Lorraine (130 000 €) ;
- Bourgogne – Franche-Comté (65 000 €) ;
- Bretagne (65 000 €) ;
- Centre-Val de Loire (65 000 €) ;
- Corse (8 000 €) ;
- Guadeloupe (8 000 €) ;
- Guyane (5 000 €) ;
- Languedoc-Roussillon – Midi-Pyrénées (130 000 €) ;
- Martinique (8 000 €) ;
- Normandie (65 000 €) ;
- Océan Indien (21 000 €) ;
- Provence-Alpes-Côte d'Azur (130 000 €).

Ce financement, d'un total de 0,7 M€, vise à permettre une extension des dispositifs d'accompagnement pour les AJA atteints de cancer aux territoires actuellement non ciblés par ces organisations dédiées, afin de mieux couvrir l'ensemble des besoins spécifiques de ces populations (initialement 8 projets expérimentaux avaient été accompagnés au sein de 5 régions).

Les ARS concernées devront, dans les mois à venir, conduire la démarche de structuration de la prise en charge des AJA atteints de cancer au niveau de leur région et identifier, au regard de leur offre locale, les établissements de santé et équipes à impliquer dans ces projets.

Une instruction nationale sur l'organisation de la prise en charge des AJA atteints de cancer à mettre en place sera prochainement publiée pour accompagner les ARS dans le déploiement de ces dispositifs.

Soutien au renforcement des consultations d'oncogénétique

La présente circulaire alloue un montant total de 0,86 M€ en MIG, afin d'accompagner en 2016 les établissements de santé dans la progression des consultations d'oncogénétique. Un soutien équivalent avait été déployé à la fin de l'année 2015.

Cette mesure de soutien aux établissements de santé pour renforcer les équipes de consultation d'oncogénétique répond à une orientation forte du Plan Cancer III (2014-2019) en faveur de l'augmentation de cette activité.

Elle prend en compte l'arrivée en 2015 de la première thérapie ciblée s'adressant à des patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire et porteuses d'une mutation BRCA, ainsi que les dernières recommandations de la HAS concernant le dépistage des femmes à haut risque de cancer du sein, qui préconisent un élargissement des critères d'orientation vers une consultation d'oncogénétique.

La répartition interrégionale de ces crédits tient compte de la taille du bassin de population à prendre en charge, et donc du nombre potentiel de nouveaux patients à voir en consultation, ainsi que des soutiens antérieurs octroyés aux structures dans ce cadre.

Création d'une MIG primo-prescription de chimiothérapie orale

Dans la continuité des travaux conduits par le groupe de travail « chimiothérapie orale » mis en place dans le cadre du COPIL CANCER, il est créé en 2016 une nouvelle mission d'intérêt général « primo-prescription de chimiothérapie orale ». Cette MIG répond au besoin d'anticiper les évolutions dans l'organisation de l'offre de soins en cancérologie et d'adapter les organisations et financements existants en matière de chimiothérapie, de façon à mieux prendre compte la notion de parcours de soins et les impératifs de qualité et de sécurité des soins, avec des enjeux liés aux traitements (sécurisation du circuit du médicament, essor des nouvelles thérapeutiques), ainsi qu'aux organisations (impact sur les modalités de prise en charge hospitalière). La MIG doit permettre de couvrir les surcoûts associés à ces consultations (temps et ressources humaines supplémentaires), afin d'accompagner leur développement.

Il n'existe à ce jour aucune donnée nationale permettant de mesurer le nombre de consultations de primo-prescription et leur durée. Un recueil d'activité est donc mis en place en 2016 *via* FICHSUP. Il sera complété par une enquête flash conduite dans le courant de l'année.

La répartition des crédits entre régions se fondera sur les résultats de ce recueil. Pour l'année 2016, la délégation de crédits ne pourra donc intervenir qu'en dernière circulaire, une fois connues les données du recueil. La répartition entre établissements sera effectuée au prorata du nombre de consultations de primo-prescription de chimiothérapie orale codées dans l'année par le biais du recueil.

Soutien à la radiophysique médicale :

Un financement de 4,12 M€ est délégué en JPE pour les stagiaires radiophysiciens, inscrits en formation au Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale (DQPRM). Il vise à valoriser les établissements accueillants des stagiaires pour le temps dédié à l'encadrement et permet le versement d'indemnités de stage pour chacun des étudiants en formation. Pour mémoire, en 2014, la durée de la formation a été portée à 2 ans et 4 mois pour s'approcher des standards européens de formation des experts en physique médicale, prolongeant ainsi la durée des stages à 2 ans. Le nombre de stagiaires en 2016 s'élève donc à 80 étudiants (40 de la promotion 2014/2016 et 40 de la promotion 2015/2017).

2. **Plan AVC**

Mise en place de consultations d'évaluation pluri-professionnelles post AVC

Les crédits alloués par la présente circulaire constituent la deuxième tranche de financement destinée à la mise en œuvre de consultations d'évaluation pluri-professionnelle post AVC, dans le cadre de l'action 6 du plan AVC 2010-2014. Une première tranche de financement a été allouée en AC R et en DAF R en première circulaire budgétaire 2015 à hauteur de 2,8 M€. Ces crédits sont débasés en 2016 pour être réalloués au sein des MIG MCO et SSR nouvellement créées cette année (*cf.* annexes V et VI).

Ces crédits doivent permettre de mobiliser, au sein des sites de consultations, des professionnels de santé paramédicaux et autres professionnels non médicaux ainsi qu'un temps de coordination médicale. Il s'agit d'assurer une évaluation des besoins des personnes victimes d'AVC dans l'année suivant leur accident afin de prévenir une perte d'autonomie.

En complément des 2,8 M€ de crédits 2015, 3,2 M€ supplémentaires sont versés à ce titre, dont 1,875 M€ destinés aux sites hospitaliers porteurs d'unités neurovasculaires (MIG MCO) et 1,316 M€ destinés aux soins de suite et réadaptation (MIG SSR) incluant les établissements privés identifiés dans les filières AVC.

L'objectif est d'assurer la couverture territoriale complète du dispositif selon les modalités décrites dans l'instruction DGOS du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post AVC et du suivi des AVC.

Dans ce cadre, l'indicateur de suivi par les ARS est le nombre de consultations d'évaluation pluri professionnelle assurées par établissement et par an, rapporté au nombre de patients victimes d'AVC hospitalisés par établissement et par an.

3. **Plan soins palliatifs et accompagnement en fin de vie 2015-2018**

Création assistants spécialistes soins palliatifs

La promotion 2015-2016 des assistants spécialistes en médecine de la douleur - médecine palliative comprend 35 postes. Le financement, en AC non reconductible, alloué par la présente circulaire à hauteur de 1,68 M€ correspond aux 10 mois d'exercice en 2016 sur la base d'un coût annuel brut de 57 600 €.

Ces crédits ne sont pas reconductibles afin d'ajuster chaque année la répartition régionale en fonction des candidats.

Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie

1,2 M€ sont délégués pour le fonctionnement courant du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) créé par le décret du 6 janvier 2016, issu de la fusion du Centre national de ressources en soins palliatifs et de l'Observatoire national de la fin de vie.

Campagne nationale d'information relative aux directives anticipées

1 M€ de crédits non reconductibles sont délégués au Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (CNSPFV) pour la réalisation d'une campagne nationale d'information sur les directives anticipées.

4. **Plan addictions**

0,03 M€ sont délégués en DAF au Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale (CH Versailles) pour la réalisation d'un rapport sur les données de preuves en vue d'améliorer le parcours de santé des personnes présentant une conduite addictive.

La réalisation de ce rapport contribue à la réalisation de l'action n° 35 du Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

5. **Plan maladie neuro-dégénérative (PMND)**

Centres experts Parkinson

La mesure 10 du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019 prévoit de poursuivre et amplifier la dynamique engagée autour des centres experts Parkinson à vocation régionale et des centres interrégionaux de coordination pour la prise en charge de la maladie de Parkinson et des syndromes parkinsoniens, dans un objectif de parcours de soins et de continuité de prise en charge.

Dans cet objectif, les montants des crédits MIGAC alloués à ces centres sont reconduits pour un total de 2,57 M€ pour les 24 centres experts et 0,68 M€ pour les 7 centres interrégionaux.

Centres mémoire de ressources et de recherche

Les crédits MIG de chacun des centres mémoire de ressources et de recherche (CM2R) existants sont reconduits à l'identique de l'année 2015 soit un total de 12,1 M€. L'activité de ces centres, labellisés en 2007 par les ARS dans le cadre du plan Alzheimer 2004-2007 et qui ont notamment pour vocation de compléter le dispositif des consultations mémoire, revêt un caractère de première importance.

En effet, les CM2R sont concernés par plusieurs mesures du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019, dont en particulier la mesure 9 qui prévoit de conforter les activités de ces centres et la mesure 16 qui vise à pérenniser et améliorer la banque de données Alzheimer (BNA) alimentée notamment par les CM2R.

SI Parkinson

Le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019 prévoit, dans le cadre de sa mesure 10, de créer une base de données « Parkinson » permettant d'une part, d'améliorer la connaissance épidémiologique des équipes ainsi que la menée d'activités de recherche et, d'autre part, de faciliter le pilotage des politiques publiques par les ARS et le ministère de la santé.

Dans ce cadre, la présente circulaire délègue 0,1 M€ en crédits AC reconductibles au CHU de Toulouse en sa qualité de coordonnateur du réseau de recherche qui comprend 24 centres d'expertise.

Par ailleurs, 0,1 M€ de crédits FMESPP sont également délégués au CHU de Toulouse dans le cadre de la création du système d'information Parkinson.

IV. – LES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

1. **Activités de soins dispensées à des populations spécifiques**

Les soins aux personnes détenues

Offre de soins aux personnes détenues – Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (MIG)

1,67 M€ sont délégués en MIG pour le financement des extensions de capacité des unités sanitaires des centres pénitentiaires de Beauvais et d'Aix Luynes, des maisons d'arrêt de Ducos, Valence, et Riom.

Ces dotations MIG contribuent, en sus de la T2A, à financer l'ensemble des consultations somatiques de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires, et les prestations pouvant découler de celles-ci.

Offre de soins aux personnes détenues – Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (DAF)

0,56 M€ sont délégués en DAF pour le financement des extensions de capacité des unités sanitaires des centres pénitentiaires de Beauvais et d'Aix Luynes, des maisons d'arrêt de Ducos, Valence, et Riom.

Ces dotations DAF sont destinées à financer l'ensemble des activités ambulatoires en psychiatrie.

Offre de soins aux personnes détenues – Financement de chambres sécurisées (MIG)

0,1 M€ sont délégués pour le financement d'une chambre sécurisée au centre hospitalier de Sarreguemines (Maison d'arrêt de Sarreguemines) et d'une chambre sécurisée au centre hospitalier de Villeneuve-sur-Lot (Centre de détention d'Eysses). Les chambres sécurisées sont dédiées à l'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues, en urgence ou pour une durée prévisible inférieure à 48 heures. La conformité au cahier des charges annexé à la circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou la création de chambres sécurisées a été établie.

Offre de soins aux personnes détenues - Offre graduée de soins en santé mentale (DAF)

0,66 M€ sont délégués pour le développement de l'offre graduée de soins en psychiatrie. Ces crédits sont destinés, d'une part, au développement de l'activité de groupe dans les unités sanitaires de l'établissement pénitentiaire pour mineurs de Porcheville et des maisons d'arrêt de Blois, des Baumettes et de Fleury-Mérogis et, d'autre part, à l'extension en année pleine de la création d'une prise en charge en hôpital de jour au centre pénitentiaire d'Orléans Saran.

Offre de soins aux personnes détenues – Unités hospitalières spécialement aménagées (DAF)

3,4 M€ sont délégués au centre hospitalier de Cadillac dans le cadre du déploiement du programme UHSA. Ces crédits couvrent le fonctionnement de cette unité dont la vocation est d'accueillir les détenus en hospitalisation complète en psychiatrie. L'ouverture de cette unité est prévue au 1er juin 2016 (deux mois de fonctionnement supplémentaires préalables à l'ouverture sont financés).

Unités d'accueil et de soins des patients sourds

1,07 M€ sont alloués par la présente circulaire pour la création des unités d'accueil et de soins des patients sourds aux Hospices civils de Lyon, CHU de Limoges, CH d'Annecy et CH de Chambéry et pour l'unité du CHU de Poitiers.

La mission de ces unités consiste à offrir aux personnes sourdes, devenues sourdes et malentendantes un accueil adapté à leur handicap, à leur faciliter et leur garantir un égal accès aux soins à l'instar de la population en général, à les informer et les accompagner dans leur parcours de santé.

Le calibrage de cette MIG se base sur un forfait modulé en fonction de l'activité : moins de 500 consultations (160 000 €), entre 500 et 1 000 consultations (320 000 €) et plus de 1 000 consultations (480 000 €).

Obésité

La MIG obésité a pour objectif d'organiser le transport bariatrique pour que les personnes obèses aient un accès aux soins dans des conditions adaptées à leurs besoins, en situation d'urgence ou non.

Cela demande, outre un équipement spécifique des véhicules, une organisation régionale sur l'utilisation de ces véhicules spécialisés dans le cadre de la mission d'animation territoriale des centres spécialisés de l'obésité (CSO), posant les bases de nouvelles collaborations entre les CSO et les professionnels du transport sanitaire (SAMU/SMUR, SDIS, transporteurs privés, etc.). Les crédits MIG sont alloués en JPE pour chacun des 37 CSO à hauteur de 0,028 M€ par CSO.

2. **Aide médicale urgente**

Centres nationaux d'appels d'urgence

0,42 M€ sont alloués en MIG JPE au titre du centre de consultation médicale maritime (CCMM). Le CCMM joue un rôle spécifique dans l'organisation de la réponse aux besoins de soins en mer. Unique en France, il assure 24h/24h un service gratuit de téléconsultations médicales destinées aux marins, ainsi qu'une offre de formations destinées aux responsables des soins à bord des navires. Un arrêté du 10 mai 1995 l'institue en tant qu'unité fonctionnelle au sein du SAMU du CHU de Toulouse. Il fait l'objet d'une convention cosignée par la DGOS, la direction des affaires maritimes (DAM), l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), le CHU de Toulouse et l'ARS Midi-Pyrénées, précisant les modalités de financement entre les parties prenantes.

0,50 M€ sont alloués au centre national de relai – n° 114 (CNR 114). Le CNR 114 est le service permettant de recevoir et d'orienter les appels d'urgence des personnes déficientes auditives vers les services publics concernés : SAMU (15), police et gendarmerie (17), SIS (18). Un numéro d'appel téléphonique unique et gratuit, le 114, reconnu comme numéro d'urgence, assure à ses utilisateurs sur le territoire métropolitain, un accès permanent au CNR 114 et aux numéros d'urgence vers lesquels les appels sont transférés. Le principe de l'existence du CNR 114 est inscrit dans le décret du 16 avril 2008. Il a ensuite été rattaché et implanté au sein du CHU de Grenoble par arrêté du 1er février 2010. Ce service fait l'objet d'un co-financement ministère de l'intérieur et ministère en charge de la santé, proportionnellement au nombre d'appels urgents transférés à chacun des services publics concernés 15 ou 17 ou 18.

Aide médicale en milieu périlleux

En 2016, la MIG Aide médicale en mer est transformée en MIG Aide médicale urgente en milieu périlleux pour inclure notamment les besoins similaires en montagne.

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, liste les établissements de santé pour lesquels les SAMU et/ou SMUR sont amenés à intervenir dans le cadre de l'aide médicale urgente en milieu maritime hauturier.

Au regard des particularités des interventions en mer (longueur des interventions, aspect périlleux, besoins en équipements adaptés, organisation des ressources humaines pour ne pas mettre à mal l'activité terrestre), les SCMM et SMUR-M ont des besoins de financement particuliers. À ce titre, 2,8 M€ sont alloués au global par la présente circulaire en dotations MIG JPE et DAF non reconductibles.

Une délégation complémentaire interviendra dès lors que les SMUR montagne auront été officiellement désignés.

SAMU

Les montants de la MIG SAMU alloués aux ARS en 2016 sont construits de la manière suivante :

– finalisation de l'application des effets revenus liés à la modélisation de la MIG SAMU : en 2016, la répartition des montants de la MIG SAMU entre ARS reflète 100 % des effets revenus liés à la nouvelle modélisation de cette enveloppe. Pour mémoire, ces effets revenus, qui corres-

pondent à l'écart entre les montants de la MIG SAMU alloués par les ARS en 2013 et ceux modélisés pour 2013, ont été lissés progressivement sur 3 ans (20 % des effets revenus en 2014, 40 % en 2015, 40 % en 2016) ;
– revalorisation correspondant à la prise en compte de la hausse tendancielle de l'activité de régulation médicale : + 3,5 M€ au niveau national.

La MIG SAMU fait donc l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement de 244,48 M€ en 2016. Vous disposerez d'un outil Excel permettant de connaître précisément les calculs correspondant à l'allocation de la MIG SAMU 2016, et donnant les calculs correspondant pour chaque CRRA.

La modélisation de la MIG SAMU fera l'objet de travaux de mise à jour durant l'année 2016.

SMUR

Les évolutions du modèle de financement des structures de médecine d'urgence ont pour objectif de répondre aux grands principes suivants :

– s'assurer que tous les établissements reçoivent un financement suffisant pour répondre à la demande de soins qui leur est adressée ;
– rendre le financement plus équitable entre établissements ;
– rendre cohérentes les règles de financement et les évolutions attendues de l'organisation territoriale de l'offre de soins (équipes de territoire, articulation entre les SMU et l'offre de soins non programmés, développement des transferts infirmiers inter-hospitaliers, etc.).

En 2016, les évolutions suivantes ont été mises en œuvre, à vecteurs de financements constants :

– recalibrage progressif du FAU et de la MIG SMUR sur la base d'une estimation du besoin de financement des établissements en fonction de l'activité Urgences-SMUR ;
– un lissage des effets revenus sur 4 ans ;
– amélioration du recueil des données d'activité Urgences et SMUR.

S'agissant de la méthodologie de détermination de l'enveloppe budgétaire globale allouée à chaque établissement de santé, il a été décidé d'estimer le besoin de financement des établissements à partir de leur activité Urgences-SMUR sur la base d'un référentiel de moyens valorisés. Ce référentiel repose sur une évaluation des moyens humains, médicaux, paramédicaux et autres nécessaires au regard du niveau d'activité de l'établissement. Cette modélisation sert de base au recalibrage de la MIG SMUR, qui comprend également le financement des Hélismur et des Evasan.

Le recalibrage de la MIG SMUR mis en œuvre en 2016 fait l'objet d'une délégation régionale directe et indicative, sans fléchage par établissement pour un montant de 765,2 M€ de crédits MIG JPE. Au niveau national, la masse financière mobilisée pour constituer la JPE SMUR se décompose de la façon suivante :

748,8 M€ correspondant à la base MIGAC 2016 ;

16,4 M€ d'abondement de la MIG SMUR qui font l'objet d'une délégation intégrale dès 2016 aux ARS :

8,97 M€ de mesures nouvelles correspondant aux montants nécessaires à la mise en conformité de l'équipage des héliSMUR avec la règlementation européenne de l'aviation civile ;

7,4 M€ de mesures de reconduction.

Comme pour le FAU[1], les effets revenus correspondant à la nouvelle répartition des 748,8 M€ sont lissés sur 4 ans et limités à 10 % en 2016. Vous disposerez d'un outil Excel donnant le détail de la modélisation pour chaque établissement et permettant d'en modifier certains paramètres pour déterminer les montants alloués aux établissements. Cet outil sera diffusé prochainement. Il précisera notamment les motifs pour lesquels vous pourrez notamment envisager de diverger de la modélisation pour adapter au mieux le financement aux organisations territoriales des SMUR dans le cadre de la marge de manœuvre de la JPE indicative. Un autre outil sera mis à votre disposition vous permettant de mieux objectiver les besoins en moyens SMUR et les synergies potentielles entre SMUR et services d'urgences.

Enfin, il convient de noter que l'évolution des modalités de financement des structures de médecine d'urgences pour 2016 n'intègre pas de modification quant à la question de la facturation des transports SMUR secondaires. Par conséquent, pour 2016, les règles en vigueur sur lesquelles

[1] *Cf.* 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, publié au *JO* du 8 mars 2016.

s'appuient les établissements pour justifier leurs pratiques de facturation, et qui sont rappelées dans l'instruction n° DGOS/R2/2015/378 du 23 décembre 2015 relative aux pratiques de facturation inter-établissements des transports SMUR secondaires, restent applicables.

3. **Les mesures relatives à la périnatalité**

Les centres de diagnostic préimplantatoire

Le diagnostic préimplantatoire (DPI) est proposé aux couples qui présentent une forte probabilité de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie génétique d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Le recours au DPI est conditionné par une attestation d'indication fournie par le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN), article R. 2131-23 du CSP.

Le DPI consiste à réaliser un diagnostic biologique à partir de cellules prélevées sur l'embryon *in vitro*. Il ne peut avoir d'autre objet que de rechercher l'affection en cause. Il se différencie du diagnostic prénatal en ce qu'il est conditionné par la pratique d'une fécondation *in vitro*. Il permet d'implanter dans l'utérus un embryon indemne de la maladie recherchée.

Le diagnostic préimplantatoire ne peut être réalisé, sous certaines conditions, que dans un établissement spécifiquement autorisé à cet effet par l'Agence de la biomédecine (ABM), pour une durée de 5 ans.

Afin de financer de façon homogène l'ensemble des centres, l'Agence de la biomédecine en concertation avec les professionnels du DPI a calibré, en 2010, les besoins en ressources humaines et matérielles pour une activité de l'ordre de 250 DPI par an.

Quatre centres sont actuellement autorisés à pratiquer le diagnostic préimplantatoire en France (Paris, Strasbourg, Montpellier et Nantes).

La DGOS, en collaboration avec l'Agence de la biomédecine, a sélectionné les CHU porteurs de projets en vue de la création d'un cinquième centre de diagnostic préimplantatoire. La candidature du CHU de Grenoble a été retenue. L'ouverture du nouveau centre est prévue en 2016, avec une montée en charge sur deux ans. Une dotation de 0,435 M€ sera ainsi versée pour l'année 2016. Ce montant passera à 0,871 M€ à partir de 2017.

Le montant total alloué en MIG auxdits centres par la présente circulaire s'élève ainsi à 4,3 M€.

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)

Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal ont pour missions de :

- favoriser l'accès à l'ensemble des activités de diagnostic prénatal et d'assurer leur mise en œuvre en constituant un pôle de compétences cliniques et biologiques au service des patients et des praticiens ;
- donner des avis et conseils, en matière de diagnostic, de thérapeutique et de pronostic ;
- poser l'indication de recourir au diagnostic préimplantatoire ;
- d'organiser des actions de formation.

Le modèle de financement est construit sur plusieurs niveaux forfaitaires alloués aux centres dont les montants sont actualisés chaque année en fonction des données d'activité :

- niveau 1 : 182 700 € ;
- niveau 2 : 225 000 € ;
- niveau 3 : 279 000 € ;
- niveau 4 : 333 000 € ;
- niveau 5 : 387 000 €.

Le montant délégué par la présente circulaire s'élève à 13,97 M€.

La MERRI mortalité périnatale

La MERRI mortalité périnatale permet de mieux compenser les surcoûts liés à la prise en charge des fœtus et enfants mort-nés et de financer le fonctionnement des centres sur la mort inattendue du nourrisson (MIN). D'un montant total d'environ 3,6 M€, la MERRI se compose de deux volets :

- un financement pour la prise en charge des mort-nés, selon l'organisation territoriale retenue par l'ARS ;
- un financement modélisé dédié au centre MIN de la région.

Les dotations régionales sont basées sur des indicateurs de santé publique: le nombre de mort-nés et de MIN, corrélé au nombre de naissances de la région. En l'absence de prise en charge spécialisée dans certaines régions, le financement sera attribué à une autre région qui devra réaliser la prise en charge des mort-nés dans le cadre d'une coopération interrégionale formalisée. Il est à noter que la prise en charge des frais de transport ne revient pas à la famille, mais à l'établissement

4. **Les missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine**

Lactariums

Les lactariums ont été répartis en 7 catégories, en fonction des surcoûts constatés, variables selon le type d'activité (lactarium à usage intérieur seul ou lactarium à usage intérieur et extérieur) et le niveau de production (source de données recueil de données 2014 de l'Association Des Lactariums de France et du recueil FICHSUP de l'ATIH):

	PRODUCTION DU LACTARIUM	MIG (EN EUROS)
A	Plus de 10 000 litres/ an	560 000
B	7 500 à 10 000 litres/ an	490 000
C	5 000 à 7 500 litres/an	425 000
D	2 500 à 5 000 litres/an	300 000
E	1 000 à 2 500 litres/ an	210 000
F	Moins de 1 000 litres / an	180 000
G	Lactarium à usage intérieur seul	140 000

En termes de santé publique, l'objectif est de conforter les moyens d'une production de lait suffisante et de qualité pour couvrir les besoins des nouveau-nés dont l'état de santé requiert ce produit de santé, quel que soit leur lieu d'hospitalisation.

Les dotations des établissements sont majorées du coefficient géographique le cas échéant.

Il est rappelé que les établissements doivent impérativement assurer le recueil de leurs données au sein du recueil FICHSUP de l'ATIH.

La présente circulaire alloue 7,42 M€ en MIG JPE.

Surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation

L'assistance médicale à la procréation s'entend des pratiques cliniques et biologiques permettant la conception *in vitro*, la conservation des gamètes, des tissus germinaux et des embryons, le transfert d'embryons et l'insémination artificielle » (art. L. 2141-1 du code de la santé publique).

Relèvent d'un financement au titre de cette MIG, les surcoûts cliniques et biologiques de l'AMP, de l'AMP en contexte viral, du don de gamètes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité non couverts par les tarifs. Le financement par la MIG est attribué aux établissements de santé en fonction des autorisations détenues et de l'activité clinico-biologique réalisée.

La MIG AMP (modélisée pour la campagne budgétaire 2014) se décompose en 6 compartiments. Les montants sont calculés sur la base de l'activité de l'année *N* – 2. À noter que l'exhaustivité et la qualité des données transmises à l'Agence de la biomédecine (registre national des FIV) est une condition d'attribution de la MIG.

Le montant total alloué en MIG s'élève à 17,66 M€.

Prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté

L'enveloppe MIG « prélèvements de tissus lors de prélèvements multi-organes et à cœur arrêté » concerne exclusivement les tissus inscrits à la LPP afin de couvrir les surcoûts liés aux prélèvements pour les banques. Elle s'élève à 1,36 M€ en 2016.

La répartition de la MIG repose sur deux composantes:

– une « part structurelle » qui a pour vocation le renforcement des équipes des banques de tissus hospitalières et le développement de l'activité d'appui au prélèvement de tissus sur donneur décédé;
– une « part activité » qui vient en complément de la part structurelle pour inciter au développement du prélèvement des os massifs et des artères.

Ces deux composantes sont cumulables.

Les modalités de versement de la MIG prévoient trois sous-enveloppes de 97 765 €, 77 765 €, 37 765 € allouées en fonction de critères d'activité définis pour chacune des deux composantes.

Tableaux : Modalités d'attribution de la MIG « prélèvements de tissus lors de prélèvements multi- organes et à cœur arrêté » pour les banques hospitalières

Nombre total de tissus réceptionnés	Montant de la part structurelle (en €)
moins de 100 tissus	37 765
entre 100 et 999 tissus	77 765
à partir de 1 000 tissus	97 765

Nombre d'os (×4) et artères réceptionnés	Montant de la part activité (en €)
moins de 100 tissus	37 765
entre 100 et 199 tissus	77 765
à partir de 200 tissus	97 765

Prélèvement de sang placentaire

Le sang placentaire est l'une des trois sources de cellules souches hématopoïétiques (CSH) utilisées en allogreffe. Il provient du sang de cordon prélevé au moment de la naissance.

Chaque banque de sang placentaire travaille au sein d'un réseau composé d'un nombre variable de maternités autorisées avec lesquelles elle a signé une convention. Ces maternités peuvent être publiques ou privées, et, dans tous les cas, assurent des prélèvements de sang de cordon conformes aux exigences du réseau français de sang placentaire piloté par l'Agence de la biomédecine. La dotation MIG consiste à rémunérer un nombre de prélèvements de sang de cordon, basé sur l'activité constatée l'année *N* – 1 par maternité (données fournies aux ARS et à l'ABM).

La MIG permet de compenser les charges imputables à l'activité de prélèvement de sang de cordon des maternités. Le montant alloué est fonction du nombre de prélèvements réalisé en une année transmis par les maternités au RFSP et colligé par l'Agence de la biomédecine.

Sont rémunérés par la MIG les surcoûts non facturables correspondant à l'activité de prélèvement de sang de cordon : information, recueil de consentement, traçabilité, imprimés et documentation, prélèvement du sang de cordon, kit de prélèvement et petits consommables, suivi de l'état de santé de l'enfant et de la mère après la naissance, coûts de structure. Aucun paiement ne peut être demandé à la donneuse (principe de la neutralité financière pour le donneur vivant, article L. 1211-4 et R. 1211-2 et s. du CSP).

Les dotations sont actualisées chaque année en fonction de l'activité de prélèvement effectuée l'année *N* – 1 par maternité.

Le montant alloué en MIG s'élève à 1,94 M€.

5. **Les missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires exceptionnels**

Mise en œuvre des missions des établissements de référence

La MIG mise en œuvre des missions des établissements de référence reste inchangée en 2016. Relèvent d'un financement au titre de cette MIG :

– la rémunération, charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'État ou de ses établissements publics chargés de la prévention et de la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles ;
– les actions de formation pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Afin de compenser ces charges de personnels assumées par les établissements de santé de référence au sens de l'article R. 3131-9 du code de la santé publique, un forfait de 0,27 M€ est attribué à chacun de ces établissements (corrigé du coefficient géographique le cas échéant). Ce forfait permet le financement d'une équipe de 3 ETP (1 ETP de PH estimé à 0,11 M€, 1 ETP de pharmacien estimé à 0,10 M€ et 1 ETP de cadre de santé estimé à 0,06 M€).

Par ailleurs, cette MIG est abondée de 0,22 M€ afin de financer une mission de coordination et d'animation nationale dans le domaine de la prise en charge du risque biologique émergent

(COREB, structure relevant de l'APHP) dont les modalités feront l'objet d'une convention spécifique avec l'établissement concerné. Pour l'établissement de santé de référence de la zone Ile de France, 2 ETP supplémentaires (1 ETP de PH et 1ETP de cadre de santé) sont ainsi financés.

Il convient de noter par ailleurs le financement des 2 ressources humaines pour 0,19 M€ (médecin et cadre de santé) mises à la disposition du centre national civilo-militaire de formation et d'entrainement relatifs aux risques Nucléaire, Radiologique, Biologique et Chimique (CNCMFE), basé à Aix-en-Provence.

Acquisition et maintenance des moyens zonaux des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles

Cette MIG couvre le financement de l'ensemble des matériels et équipements détenus par les établissements de santé ayant vocation à être utilisés pour répondre à une situation sanitaire exceptionnelle. Ces moyens ont vocation à être identifiés au sein du plan zonal de mobilisation et le cas échéant, mobilisé au niveau zonal.

Sont notamment visés :

– les postes sanitaires mobiles de premier niveau (PSM 1) et de deuxième niveau (PSM2), ainsi que les équipements logistiques associés (remorque, tente, lot radio, etc.) ;
– les équipements pour la prise en charge des victimes de risques NRBC (respirateurs, unité mobile de décontamination) ;
– les équipements de protection aux risques NRBC des professionnels de santé et des personnels en charge de la protection de l'hôpital.

Équipement/Montants par équipement :

– PSM 1 : 20 000 € ;
– PSM 2 complet : 120 000 € ;
– PSM 2 sans lot radio : 100 000 € ;
– respirateur mobile : 300 € ;
– unité décontamination mobile : 5 000 € ;
– équipement de protection (intervention/protection de l'hôpital) : 560 € (tenues, masques, cartouches, dosimètre, gants, surbottes, etc.).

La présente circulaire délègue 12,50 M€ en MIG à ce titre. La répartition par enveloppe régionale reste inchangée par rapport à 2015, les dotations sont regroupées sur la base du territoire des nouvelles régions. La ventilation par établissements de santé n'est pas précisée à ce stade. Il sera demandé aux ARS de communiquer pour mars 2016 leur clé de répartition par établissement après stabilisation de leur programme de renouvellement, cette répartition intégrera notamment les objectifs de préparation du système de santé spécifiques à l'Eurofoot 2016.

Les cellules d'ugence médico-psychologique (CUMP)

Le dispositif de l'urgence médico-psychologique des victimes de catastrophes ou d'accidents est organisé et coordonné par l'Agence régionale de santé (ARS) et vise à disposer sur l'ensemble du territoire d'un réseau de volontaires formés et prêts à intervenir dans les situations relevant de l'urgence médico-psychologique. Certaines de ces cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP), dites renforcées ou régionales, sont dotées de personnels dédiés pour tout ou partie de leur activité.

Les dotations finançant les CUMP permanentes sont calculées de manière forfaitaire, sur la base de la valorisation des personnels dédiés qui les animent et augmentées, le cas échéant, du coefficient géographique. Elles sont déléguées de manière fléchée (établissement par établissement) et impérative.

En 2016, une CUMP supplémentaire pour le CHU de Brest, conformément au principe de financement accordé en 2015, au regard des données d'activité de l'urgence médicopsychologique, du critère populationnel et l'existence, dans ce département, de risques potentiels de catastrophe élevés.

6. **Les missions de vigilance et de veille épidémiologique**

CCLIN et ARLIN

Ces deux MIG, déléguées en base jusqu'à présent, sont allouées dès 2016 en JPE. L'objectif est d'assurer la juste attribution de ces deux MIG aux structures concernées, en termes de site hébergeur et en tenant compte de leurs missions actuelles et à venir.

Dans le cadre du nouveau programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins « Propias-2015 », les missions des CCIIN et ARLIN s'élargissent au périmètre du secteur médico-social et celui des soins de ville. Un complément de financement pour 2016 d'un montant de 0,98 M€ réparti en 0,23 M€ pour les 5 CCLIN et 0,75 M€ pour les 26 ARLIN, a été acté pour répondre à ce nouveau périmètre.

La modélisation du complément de financement des CCIIN et ARLIN tient compte des données de santé des trois secteurs de l'offre de soins (sanitaire, médico-social, ville). Pour les Arlin des données complémentaires démographiques ont été ajoutées compte tenu de leur mission de proximité auprès des professionnels de santé.

Les registres épidémiologiques

En complément des crédits État délégués par l'INCA et l'InVS, un financement de 3,6 M€ est délégué en MIG afin de soutenir les registres épidémiologiques dont les registres des cancers.

Comme l'an dernier, la répartition de cette dotation a été élaborée conformément aux orientations nationales préconisées par l'INCA et l'InVS, dans le cadre des activités de recherche et de la surveillance ainsi que de l'observation notamment des cancers (le comité national des registres ayant été supprimé).

Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle

La MIG H05 « Coordonnateurs régionaux d'hémovigilance et de sécurité transfusionnelle mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique » a fait l'objet d'une nouvelle modélisation pour 2016 visant à adapter plus finement les ressources aux besoins, notamment des nouvelles régions.

Elle est modélisée à partir de données indirectes d'activité, collectées dans le rapport annuel d'activité de la Conférence nationale des CRH, basées sur la somme du nombre de prélèvements réalisés et du nombre de produits sanguins labiles (PSL) cédés dans la région, afin de mieux refléter l'ensemble de la charge de travail en sécurité transfusionnelle tout au long de la chaîne transfusionnelle.

Elle finance les rémunérations d'équivalents temps plein (ETP) de CRH sur la base du statut de PH, de secrétariat et de frais de déplacements.

NOMBRE DE PRÉLÈVEMENTS + PSL CÉDÉS ANNUELS	NOMBRE D'ETP CRH
≥ 500 000	2,6 à 3,0
250 000 à 500 000	1,6 à 2,0
≤ 250 000	0,6 à 1,0

5,36 M€ sont délégués en MIG JPE à ce titre par la présente circulaire.

Le détail des dotations régionales sera précisé par voie d'instruction spécifique.

7. **Les missions d'expertise relative à certaines pathologies**

Services experts hépatites virales

Les délégations concernant les services experts hépatites virales sont reconduites par rapport à l'exercice 2015. Il convient de rappeler l'importance de ces services dans la mesure où l'initialisation des nouveaux traitements contre le virus de l'hépatite C est soumise à des réunions de concertation pluridisciplinaires préalables que ces services ont majoritairement la charge d'animer.

Centres labellisés pour les infections ostéo-articulaires (CIOA)

Comme en 2015, un jour de technicien d'étude clinique par semaine (0,2 ETP) est financé dans chacun des 15 centres correspondants pour garantir la qualité de l'alimentation du système d'information mis en place en 2013.

La MIG intègre également des financements destinés à prendre en charge :

– la conduite et la gestion de projet relatives au SI des CIOA, qui sont réalisées par la direction des services numériques de l'AP-HM. L'AP-HM perçoit 35 500 € à ce titre ;
– la maîtrise d'œuvre d'un portail internet grand public dédié aux infections ostéo-articulaires et leur prise en charge. Le CHU de Brest reçoit 6 000 € à cet effet.

Le reliquat de la dotation nationale de coordination est réparti entre les 9 centres de référence. Au global 1,367 M€ sont versés en MIG JPE à ce titre.

Centres d'expertise maladies professionnelles (nouvelle modélisation)

Cette dotation, d'un montant de 7,6 M€, est allouée en JPE aux CRMP qui contribuent à l'amélioration des connaissances des pathologies générées par le milieu du travail (examen d'expertise, suivi de cohorte de patients, recherche et formation) notamment.

Suite au travail de modélisation mené en 2015, la répartition de cette enveloppe est actualisée à partir des données transmises par l'ANSES du nombre de patients validés par le Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P).

Pour rappel, le tableau ci-dessous présente la pondération relative des indicateurs ayant permis la ventilation des financements en 2016.

Evaluation	Pondération	Mode de calcul
Critère 1 : Activité de recours pour la prise en charge personnalisée de certains patients		
Nombre de Patients	50%	n de patients vu en consultation validée du centre
Critère 2 : Initiation, participation et coordination d'actions de recherche en Santé Travail		
Score SIGAPS	10%	Somme des scores Sigaps du centre
Equipe labellisée,	5%	Oui/ non = 1/0
Participation à l'évaluatio de recommandations	5%	Oui/ non = 1/0
Critère 3 : Participation à des actions de Santé Publique, notamment Veille Sanitaire en Santé Travail et participation à la définition de bonnes pratiques en Santé Travail		
Nombre de jours, dans des groupes de travail	20%	Nombre de journées
Critère 4 : Participation à la formation des acteurs en Santé Travail		
Accueil d''internes accueillis durant les trois dernières années	5%	Oui/ non = 1/0
Accueil de stagiaires hospitaliers (médecins ou non) accueillis durant les trois dernières années	5%	Oui/ non = 1/0

La DGOS va transmettre une trame de rapport d'activité aux établissements réalisant la mission dès le premier trimestre 2016.

Le contenu du rapport d'activité, la qualité des informations transmises et leur cohérence au regard des autres sources disponibles entreront en ligne de compte pour le dimensionnement des enveloppes MIGAC en 2017.

Les centres de soins et d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD)

Une dotation MIG est allouée en JPE aux établissements de santé disposant d'un centre de soins et d'enseignement et de recherche dentaires (CSERD) afin de financer les surcoûts liés à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge. Les données 2015 ont été utilisées pour actualiser le calcul de la dotation.

Structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC)

Les structures d'étude et de prise en charge de la douleur chronique (SDC) sont des structures spécialisées de recours, hébergées en établissement de santé, dont le cahier des charges a été publié en mai 2011.

Cette MIG, qui participe au financement des prises en charge externes, a été remodélisée cette année. En effet, elle se base non plus sur le nombre de consultations externes mais sur la file active constatée en 2015.

La dotation de base (équipe standard minimale selon le guide de contractualisation MIGAC) a également été revalorisée en 2016 par l'intégration d'un taux de charges indirectes de 13,3 % qui a été estimé suite à un travail d'analyse des charges indirectes mené avec les professionnels. Les effets revenus sont toutefois limités à 50 %.

La dotation nationale 2016 déléguée par la présente circulaire est de 60,7 M€ versés en MIG JPE.

Centres d'implantation cochléaires et du tronc cérébral

La répartition des 8,6 M€ alloués en MIG a été effectuée en tenant compte de l'activité des 4 dernières années en appliquant un coefficient de pondération de 1,5 pour les enfants.

De même, a été pris en compte le respect des critères d'activité définis dans la circulaire du 3 avril 2009 et en particulier dans son annexe 2 :

– centres pour adultes (nombre prévisionnel d'implantations annuel supérieur à 20) ;
– centres pédiatriques (nombre d'implantations pédiatriques annuel supérieur à 10) ;
– centres mixtes adultes – enfants (nombre prévisionnel annuel supérieur à 20 dont au moins 10 implantations réalisées chez l'enfant).

Un lissage des effets revenus a été effectué. Pour les établissements nouvellement éligibles à cette dotation et pour ceux qui ne respectent pas les seuils d'activité, ils sont limités à 50 %. Pour les autres, les effets revenus sont limités à 10 %.

Centres référents pour les troubles spécifiques du langage et des apprentissages

La présente circulaire alloue un financement annuel de 9,7 M€ aux centres référents pour les troubles spécifiques du langage et des apprentissages.

Il convient de noter qu'à partir d'avril 2016, l'activité des centres référents pour les troubles du langage et des apprentissages est intégrée à l'outil de recueil d'information PIRAMIG.

Ce recueil, qui vise à mieux connaître l'activité, les ressources, ainsi que les dépenses associées à ces prises en charge, a vocation à être renseigné par l'ensemble des équipes du territoire national réalisant ce type de prise en charge, que celles-ci soient ou non à ce jour destinataires du financement que prévoit la présente mesure.

8. **La prise en charge des patients en situation de précarité**

Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité

La MIG intitulée « les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité » finance les surcoûts de prise en charge de patients en situation de précarité.

Cette MIG est basée depuis sa création, en 2009, sur les données des séjours AME, CMU et CMUC transmises par la CNAMTS. La CNAMTS ayant procédé à l'actualisation des données des séjours AME, CMU et CMUC, le modèle a été actualisé avec les données 2014 pour permettre de prendre en compte les évolutions récentes du nombre de patients précaires pris en charge au sein des établissements.

L'éligibilité des établissements se base sur un seuil fixé à 10,5 % de patients précaires de la patientèle.

Les montants alloués aux établissements sont répartis au prorata de leur nombre de séjours CMU, CMUC, AME (données CNAMTS). Un seuil plancher est, toutefois, fixé à 40 k€ afin de ne pas disperser les financements.

Par ailleurs, les séjours AME et CMUC constituent de bons marqueurs de précarité (*cf.* enquête ARS effectuée l'été 2012) mais des problèmes de fiabilité des données ont été détectés (les données de la CNAMTS sont très différentes de celles issues du PMSI).

Des travaux seront ainsi menés en 2016 notamment avec les fédérations hospitalières afin d'améliorer le modèle et éventuellement d'intégrer de nouveaux critères de précarité tels que la prise en compte dans le modèle du codage « précarité » du PMSI.

9. **Autres mesures de santé publique**

Les actions de coopération internationale

Les crédits alloués au titre des actions de coopération hospitalière internationale visent à promouvoir l'expertise et le rayonnement international de nos établissements de santé et de notre savoir-faire en matière de gestion publique de l'offre de soins et de qualité médicale des prises en charge des patients, ainsi que les échanges de bonnes pratiques dans ces domaines, avec leurs partenaires étrangers.

Les partenaires de ces coopérations doivent être des établissements de santé ou des autorités responsables de l'offre de soins de pays correspondant aux priorités de la diplomatie française ou de notre stratégie nationale de santé (francophonie au sens large, pays de l'UE et de l'OCDE et pays du G20).

0,97 M€ sont délégués en MIG JPE et en DAF par la présente circulaire.

Les espaces de réflexion éthique régionaux et interrégionaux (ERER/EREI): appui territorial au développement de la réflexion éthique dans le champ sanitaire et médico-social

Les espaces de réflexion ethiques régionaux (ERER) assurent des missions de formation, de documentation, d'information, de rencontre et d'échanges interdisciplinaires. Ils constituent un observatoire des pratiques éthiques dans les domaines des sciences de la vie et de la santé, et contribuent à la promotion du débat public et au partage des connaissances dans ces domaines.

Les espaces disposent d'une dotation socle *via* une MIG dont le montant a été calculé à partir des informations communiquées par les agences régionales de santé. Cette dotation forfaitaire est majorée en cas d'espace interrégional.

En 2016, l'enveloppe allouée en JPE au titre de cette MIG est de 5,2 M€. Cette enveloppe représente:

– la reconduction des moyens alloués en 2015 aux espaces éthiques constitués avant la réforme territoriale de 2015;
– les moyens alloués aux deux nouveaux espaces éthiques régionaux constitués en Guadeloupe et pour l'océan Indien (regroupant La Réunion et Mayotte);
– l'application du coefficient géographique aux espaces éthiques relevant des régions concernées (Île-de-France, Martinique, Guadeloupe et océan Indien).

Il existe donc à ce jour 21 espaces éthiques régionaux et 2 interrégionaux historiques (PACA-Corse et Bourgogne - Franche-Comté) créés avant la réforme territoriale.

La mise en place de la réforme territoriale n'aura pas d'incidence sur les dotations MIG en 2016. Les nouvelles régions qui regroupent plusieurs ERER se verront donc allouer en 2016, la somme des dotations de chacun des espaces. Les régions concernées par ces regroupements sont Alsace-Champagne-Ardenne - Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Nord - Pas-de-Calais-Picardie et Haute et Basse-Normandie. Il s'agira pour ces régions d'organiser en 2016, une concertation avec les espaces concernés pour définir une organisation territoriale adaptée pour le développement de la réflexion éthique et d'établir des propositions pour un projet partagé sur le nouveau périmètre de la région. Ces propositions seront établies en tenant compte des possibilités de mutualisation pour certaines missions des ERER.

Les agences régionales de santé procéderont, comme en 2015, à l'évaluation des espaces de réflexion éthique au moyen de rapports d'activités modélisés et informatisés disponibles sur la plateforme PIRAMIG.

Soutien à l'offre de soins à Mayotte

5,4 M€ en DAF reconductible sont versés au centre hospitalier de Mayotte pour poursuivre le développement de l'offre de soins et financer les priorités de l'établissement. Il s'agit en particulier d'améliorer la prise en charge de la mère et de l'enfant, de structurer l'offre ambulatoire en psychiatrie et de développer les activités de médecine.

Soutien à l'activité de rétrocession de l'AGEPS des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales (AC)

L'AGEPS assure actuellement la majorité de l'activité de rétrocession des ADDFMS sur l'ensemble du territoire pour les patients atteints de maladie métabolique héréditaire (MMH).

Il est observé une croissance continue de cette activité qui est liée d'une part à l'augmentation de la file active de patients (multipliée par 8 en 30 ans) et d'autre part à l'augmentation de l'offre thérapeutique.

Un besoin de financement de ressources humaines et d'outil informatique est donc nécessaire pour continuer à assurer pour l'ensemble du territoire la rétrocession des ADDFMS pour les patients atteints de MMH.

Ainsi, il est délégué un financement de 0,1 M€ en AC correspondant à un équivalent temps plein pharmacien praticien hospitalier. Les crédits au titre du logiciel d'aide à la dispensation interfacé avec les logiciels actuels sont alloués en FMESPP.

ANNEXE IV

FINANCEMENT DES ÉTUDES MÉDICALES

Cette annexe a pour objectif de préciser les évolutions apportées au périmètre de financement de la MERRI financement des études médicales et de rappeler comment celle-ci est modélisée.

A. – Le financement des internes, des étudiants et des maîtres de stage en MERRI (part variable)

Changements de périmètre apportés en 2016

Le financement de la rémunération des étudiants hospitaliers de 2e cycle des 3 filières (médecine, pharmacie et odontologie) lors de leurs stages hospitaliers est transféré des tarifs vers la dotation MERRI, pour une mise en œuvre à compter du 1er octobre 2016.

Cette réforme portera à la fois sur la rémunération proprement dite ainsi que sur les indemnités de garde et de transport.

L'objectif est de rendre plus cohérentes les modalités de financement des étudiants avec le processus pédagogique ainsi que simplifier les circuits de financement et de conventionnement entre les établissements.

À partir de cette date, le financement des étudiants, quel que soit leur type de stage, relèvera donc désormais exclusivement de la MERRI.

Cette mesure constitue la principale évolution apportée aux modalités de financement des étudiants, internes et maîtres de stages en 2016.

Pour mémoire, le calcul de la compensation en MERRI est réalisé sur la base d'un coût de référence pour les stages hospitaliers des internes en dehors de leur subdivision ou inter région, les stages extra hospitaliers des étudiants et des internes, les stages à l'étranger, les années de recherche. Le financement de ces stages est dans ce cas assuré de 100 % sur la base des coûts de référence.

Pour l'exercice 2016, les coûts de référence pris en compte pour le calcul de la compensation ont été revus à la hausse :

– un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est désormais appliqué pour les stages financés au coût de référence ainsi que pour les indemnités et primes (indemnité forfaitaire de transport versée aux internes effectuant des stages ambulatoires à plus de 15 km de leur CHU de rattachement ; prime de responsabilité SASPAS) ;
– la revalorisation intervenue fin 2013 de l'indemnité de sujétion des internes de 1re et 2e années est désormais intégrée dans les coûts de référence des stages.

Les crédits relatifs aux indemnités forfaitaires de transport, à la prime de responsabilité SASPAS et à la revalorisation intervenue fin 2013 de l'indemnité de sujétion des internes de 1re et 2e années (stages hospitaliers) ont également été revus afin, en particulier, de tenir compte de l'évolution du nombre d'internes en formation en 2016.

Modalités de financement en 2016

1. La rémunération des étudiants

Compte tenu de la réforme du financement de la rémunération des étudiants de 2e cycle des filières de médecine, pharmacie et odontologie mise en œuvre en 2016, l'année 2016 constituera une année de transition durant laquelle le financement sera assuré selon deux modalités :

– du 1er janvier au 30 septembre 2016, la rémunération des étudiants reste financée selon le système en vigueur, elle est réputée couverte par les tarifs durant leurs stages hospitaliers et *via* la MERRI lors de leurs stages extrahospitaliers ;
– à compter du 1er octobre 2016, la rémunération des étudiants de 2e cycle concernés sera financée selon un vecteur unique : la MERRI.

1.1. *Modalités de financement en vigueur jusqu'au 30 septembre 2016 :*

Lors des stages des étudiants effectués en extrahospitalier, la rémunération ainsi que les gardes de l'étudiant sont compensées, *via* la dotation MERRI, sur la base d'un coût de référence.

Ce coût de référence, fixé en fonction de l'année du cursus de formation, intègre un taux de charge employeur de 44 % et est calculé pour une durée de stage de 6 semaines à temps plein.

Les crédits délégués concernent les stages extrahospitaliers effectués du 1er octobre 2015 au 30 septembre 2016 et représentent 3,18 M€.

1.2. *Modalités de financement à compter du 1er octobre 2016*

Quel que soit le lieu de stage, la rémunération de l'étudiant sera financée *via* la MERRI sur la base d'un coût de référence tenant compte de la filière et de l'année d'étude de l'étudiant avec un taux de charge employeur de 44 %.

La rémunération des gardes sera intégrée dans ce coût de référence sur la base de 25 gardes à effectuer en 3 ans.

Le paiement des gardes aux étudiants sera effectué par les CHU de rattachement sur la base du service fait attesté par les établissements de réalisation des stages.

Les crédits nécessaires au financement de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants effectuant un stage à plus de 15 km de leur UFR (et de leur domicile en cas de stage à plein temps) basculeront également des tarifs vers la MERRI.

Les crédits correspondants seront délégués en dernière circulaire budgétaire 2016.

Une instruction sera publiée d'ici à la rentrée universitaire 2016/2017 afin de préciser les incidences sur le plan budgétaire et administratif de la mise en œuvre des nouvelles modalités de financement de la rémunération des étudiants de 2e cycle, s'agissant notamment des modalités de recensement et des relations entre le CHU de rattachement et les établissements dans lesquels les étudiants réalisent leurs stages.

2. **La rémunération des internes**

2.1. *Le financement des stages hospitaliers*

2.1.1. La compensation au forfait

Les crédits délégués visent à compenser de manière forfaitaire les émoluments versés à chaque interne en médecine, pharmacie et odontologie. Le montant du forfait varie en fonction de l'ancienneté de l'interne dans son cursus de formation et, donc, de sa participation à l'activité de soins.

Il correspond à 16 000 €/an pour un interne de 1re, 2e ou 3e année et à 8 000 €/an pour un interne de 4e ou 5e année.

Les crédits délégués en 2016 couvrent le semestre d'été 2016 (mai à octobre 2016) et le semestre d'hiver 2016/2017 (novembre 2016 à avril 2017).

Le montant de ces crédits est de 431,1 M€.

2.1.2. L'indemnité de sujétion des internes de 1re et 2e année

La dotation déléguée vise à compenser le surcoût lié à la revalorisation de l'indemnité de sujétion versée aux internes de 1re et 2e années (revalorisation de 371 € à 430 € bruts par mois) lors de leurs stages hospitaliers financés au forfait uniquement.

Le montant délégué s'élève à 15,7 M€. Il s'ajoute au montant susmentionné correspondant à la compensation au forfait.

2.1.3. Financement sur la base de coûts de référence

Pour certains types de stage, la rémunération des internes est financée sur la base de coûts de référence fixés en fonction de l'avancée de l'interne dans son cursus (*cf.* coûts de référence détaillés *infra*).

Il s'agit des stages dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et des stages à l'étranger.

Pour ces stages, un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est désormais appliqué. Les coûts de référence intègrent désormais la revalorisation de l'indemnité de sujétion pour les internes de 1re et 2e année.

Le financement de la rémunération est systématiquement versé à l'ARS du CHU de rattachement de l'interne effectuant un stage « inter CHU », y compris pour les stages effectués dans les DOM. Il appartient aux établissements concernés de déterminer par convention celui qui rémunère directement l'interne et les éventuels circuits de remboursement entre eux.

Les crédits délégués pour le financement de ces stages sont de 31,5 M€.

⇨ Le montant total des crédits couvrant les stages hospitaliers s'élève à 478,3 M€[1].

2.2. *Le financement des stages extrahospitaliers*

Les crédits délégués au titre de 2016 portent exclusivement sur l'année universitaire 2015/2016 (semestre d'hiver 2015-2016 et semestre d'été 2016) et comprennent :

2.2.1. La compensation de la rémunération des internes

Pour tout stage effectué en extrahospitalier, dès lors qu'il est prévu dans la maquette de formation, la rémunération de l'interne est financée sur la base d'un coût de référence. Les coûts de référence (*cf.* coûts de référence détaillés infra) sont fixés en fonction de l'année du cursus de formation de l'interne. Ils intègrent la revalorisation de l'indemnité de sujétion pour les internes de 1re et 2e année ainsi qu'un taux de charge employeur revalorisé à 44 %.

Le montant des crédits délégués en 2016 est de 126,7 M€.

2.2.2. Le financement de la prime SASPAS

La prime de responsabilité versée aux internes de médecine générale pendant le SASPAS est de 125 € bruts par mois (hors charges). La répartition de cette enveloppe par région pour 2016 a été calculée au prorata du nombre total d'internes en SASPAS déclaré par les ARS au semestre d'hiver 2015. Le taux de charge appliqué pour le calcul de la dotation MERRI est de 44 %.

Le montant des crédits délégués est de 2,4 M€.

2.2.3. Le financement de l'indemnité forfaitaire de transport

Cette indemnité est versée aux internes effectuant des stages en ambulatoire à plus de 15 km de leur CHU de rattachement et de leur domicile. Elle est de 130 € brut (hors charges) par mois. Un taux de charge de 44 % est appliqué.

La dotation 2016 est réévaluée à hauteur de 4,8 M€ afin de mieux répondre aux demandes émanant des ARS.

⇨ Le montant total des crédits délégués au titre des stages extrahospitaliers des internes est de 133,8 M€.

2.3. *Le financement des années de recherche*

La dotation des années de recherche en médecine, odontologie et pharmacie est calculée selon le principe d'un financement au coût de référence fixé sur la rémunération annuelle de 34 615 €.

Elle est proportionnée, pour le semestre d'été 2016 (mai à octobre 2016) et le semestre d'hiver 2016 (novembre 2016 à avril 2017), pour le financement de 411 années de recherche prévues sur la même période.

⇨ Le montant des crédits consacrés à l'année de recherche et délégué par la présente circulaire s'élève à 14,2 M€.

3. **Les indemnités des maîtres de stage**

La compensation des indemnités versées aux praticiens agréés maîtres de stage des universités étant désormais effectuée *via* la MERRI, ces crédits doivent nécessairement transiter par les CHU de rattachement des internes ou des étudiants pour que ces derniers procèdent au remboursement de ces indemnités aux UFR concernées. Une convention doit donc être établie entre l'ARS, le CHU et l'université pour définir les modalités de remboursement.

3.1. *Le financement des indemnités pédagogiques*

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités reçoivent 600 € brut par mois de stage et par étudiant ou interne en stage auprès d'eux. Lorsque l'étudiant ou l'interne effectue son stage auprès de plusieurs praticiens, cette indemnité est partagée entre les praticiens concernés.

Dans le cas particulier de stages effectués en dehors de la subdivision ou inter région d'affectation de l'interne, les crédits nécessaires au financement des indemnités pédagogiques destinées aux praticiens agréés maîtres de stage sont versés à l'ARS d'origine de l'interne.

⇨ Les crédits délégués en 2016 pour financer l'ensemble de ces indemnités s'élèvent à 29,7 M€.

[1] Ce montant a été calculé à partir des projections régionalisées du nombre d'internes de médecine, odontologie et pharmacie par promotion et après déduction de la rémunération totale moyenne, versée par ailleurs, aux internes en stages extrahospitaliers et de la rémunération totale moyenne des internes en année recherche.

3.2. *Le financement des indemnités forfaitaires spécifiques de formation versées aux maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale*

Ces indemnités sont destinées à compenser la perte d'activité du praticien durant la période où il se forme à la maîtrise de stage.

4. **Les rattrapages au titre des exercices antérieurs**

Les ARS Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Bourgogne - Franche-Comté et Île-de-France perçoivent en 2016 une dotation complémentaire au titre des crédits État 2014, pour des montants respectifs de 1,25 M€, de 1,32 M€, de 0,17 M€, et de 5,52 M€.

Au total, il est délégué en 1re circulaire 2016 pour le financement de l'ensemble de ces mesures destinées aux étudiants et internes un montant de 667,9 M€.

Pour l'ensemble de ces mesures, les crédits fléchés au niveau national pourront faire l'objet d'un rééquilibrage entre les régions, en fin de campagne tarifaire 2016 ou en début de campagne 2017.

B. – Coûts de référence pris en compte pour le financement de la formation médicale dans la MERRI (part variable) 2016

Rémunération moyenne annuelle des internes et des étudiants

Les coûts de référence permettant de calculer la dotation MERRI pour les stages compensés à 100 % sont établis sur la base des annexes VIII et IX de l'arrêté du 12 juillet 2010 fixant les éléments de rémunération brut annuels perçus par les étudiants et les internes.

Les coûts de référence sont établis par année de cursus et intègrent l'indemnité de sujétion (montant total revalorisé) pour les internes de 1re et 2e année, la prime de responsabilité pour les internes en médecine de 4e et 5e année. Un taux de charges employeur de 44 % de la rémunération annuelle brute est appliqué à compter de l'exercice 2016.

Les rémunérations des internes en stages hospitaliers dits « inter CHU » (hors subdivision pour les internes en médecine, ou en dehors de l'inter région pour les internes en odontologie et en pharmacie) et les stages à l'étranger sont compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 4e année d'internat.

Les rémunérations des internes en stages extrahospitaliers en médecine, pharmacie ou odontologie prévus par les maquettes de formation sont également compensées à 100 % sur la base du coût de référence fixé en fonction du type de stage :

- stages d'internes de MG chez le praticien : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 2e année ;
- stages d'internes de MG en pédiatrie et/ou gynécologie en libéral : compensés à 100 % sur la base du coût de référence de la rémunération des internes de 2e année ;
- stages d'internes de MG en SASPAS : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 3e année ;
- stages d'internes autres que MG dans le cadre du semestre libre pour les 6 spécialités suivantes : dermatologie, génétique médicale, gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, médecine physique et de réadaptation, néphrologie : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 4e année ;
- stages extrahospitaliers hors ambulatoire d'internes de médecine du travail, de santé publique, de biologie médicale et de pharmacie (stages effectués en administration, dans les entreprises privées…) : compensés à 100 % sur la base du coût de référence des internes de 2e année.

Tableau des coûts de référence des internes en médecine, en pharmacie et odontologie :

ANNÉE du cursus d'internat	COÛT TOTAL ANNUEL charges employeur à 44 % incluses
Année 1	31 199 €
Année 2	33 745 €
Année 3	36 502 €
Année 4	39 419 €

Année 5	42 291 €

Année de recherche en médecine, pharmacie et odontologie

Le coût de référence de la rémunération d'un interne bénéficiant d'une année recherche est estimé à 34 615,44 € bruts annuels chargés. La compensation financière est de 100 %. Pour rappel, le montant brut annuel de la rémunération des internes effectuant une année de recherche est fixé à 24 038,50 € indépendamment de l'année du cursus de l'interne (arrêté du 12 juillet 2010).

Tableau des coûts de référence des étudiants en médecine pour les stages extra-hospitaliers

ANNÉE du cursus du 2e cycle	COÛT TOTAL ANNUEL charges employeur 44 % incluses
DFASM1	2 213 €
DFASM2	4 293 €
DFASM3	4 796 €

La durée des stages de MG des étudiants est variable. Les dotations aux ARS sont calculées sur la base d'une durée moyenne de 6 semaines à temps plein.

Indemnité pédagogique versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités

Les praticiens agréés maîtres de stage des universités perçoivent des honoraires pédagogiques d'un montant forfaitaire de 600 € bruts par mois de stage et par étudiant encadré.

Indemnité versée aux praticiens agréés maîtres de stage des universités en activité libérale durant leur formation

Des indemnités forfaitaires spécifiques peuvent être versées aux praticiens agréés maîtres de stage des universités exerçant une activité libérale durant la formation qu'ils reçoivent sous l'égide de l'université afin de compenser la perte de ressources professionnelles.

Ces indemnités sont égales à 15 fois la valeur de la consultation de médecin généraliste (15 x 23 € = 345 €) par jour, dans la limite de 2 jours de formation, soit 690 € par maître de stage formé pour l'accueil des étudiants de deuxième cycle des études médicales.

ANNEXE V

NOMENCLATURE DES MISSIONS D'INTÉRÊT GÉNÉRAL MCO

Le tableau présenté ci-dessous fait le lien entre les mesures de la circulaire et la nomenclature des MIG du champ MCO. A des fins de lisibilité et de meilleur suivi budgétaire des allocations, il vous est demandé de respecter cette grille lors de l'imputation des dotations dans le système d'information.

CODE	Libellé de la mission	Année de création ou de transformation (hors modification de libellé)
Peuvent être pris en charge au titre des missions relevant du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique et mentionnées au 1° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, les structures, programmes, actions, actes et produits suivants :		
B02	Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation	2008
C03	Le financement des activités de recours exceptionnel	2008
D	**Au titre de la recherche médicale et de l'innovation**	
D04	Préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques	2011
D05	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique national (PHRCN)	2012
D06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique en cancérologie (PHRCK)	2012
D07	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique interrégional (PHRCI)	2012
D08	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle (PRT)	2012
D09	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en santé (PRTS)	2013
D10	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRTK)	2012
D11	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	2012
D12	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2012
D14	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques innovantes (PSTIC)	2012
D15	Les projets de recherche entrant dans le programme de soutien aux techniques innovantes en cancérologie (PSTICK)	2012

D19	L'effort d'expertise des établissements de santé	2012
D20	Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation	2011
D21	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	2014
D22	Les programmes de recherche médico-économique en cancérologie (PRMEK)	2014
D23	Organisation, surveillance et coordination de la recherche	2016
D24	Conception des protocoles, gestion et analyse de données	2016
D25	Investigation	2016
D26	Coordination territoriale	2016
D27	Qualité et performance de la recherche biomédicale à la promotion industrielle	2016

E	**Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux**

E01	Les stages de résidents de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer	2005
E02	Le financement des études médicales	2011

F	**Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées**

F01	Les centres mémoire de ressources et de recherche	2005
F02	Les comités de coordination de la lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH) mentionnés à l'article D. 3121-34 du code de la santé publique	2007
F03	Les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage	2005
F04	Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares	2005
F05	Centres de ressources et de compétence sur l'hémophilie	2005
F06	Les centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose	2005
F07	Les centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA)	2005
F08	La mortalité périnatale	2005
F09	Les centres d'implantation cochléaire et du tronc cérébral	2012
F10	Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)	2005
F11	Les services experts de lutte contre les hépatites virales	2006

F12	Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN)	2007
F13	Les centres de diagnostic préimplantatoire (CDPI)	2010
F14	Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique	2005
F15	Les centres de référence pour infections ostéo-articulaires (CIOA)	2008
F16	Les réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte	2015
F17	Les filières de santé pour les maladies rares	2015
F18	Les centres sclérose en plaques de ressources et de recherche (CSep2R)	2016

G	**Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispense des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs**

G01	Les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique	2005
G02	Les médicaments bénéficiant ou ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) en attente de leur agrément	2012
G03	Les actes de biologie et d'anatomocytopathologie non inscrits aux nomenclatures, à l'exception de ceux faisant l'objet d'autres financements hospitaliers	2005
G04	Les organes artificiels jusqu'à la date de leur inscription sur la liste des produits et prestations remboursables	2005
G05	Les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire	2007

Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 2° de l'article D. 162-6 les structures, programmes et actions suivants :

H	**Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise**

H01	Les observatoires régionaux et interrégionaux des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) mentionnés à l'article D. 162-16 du code de la sécurité sociale	2005
H02	Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) mentionnés aux articles 6 et 7 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales	2005
H03	Les antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN) mentionnées dans l'arrêté du 17 mai 2006 relatif aux antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales	2006

H04	Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique	2008
H05	Les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-32 à R. 1221-35 du code de la santé publique	2005
H06	Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique	2005
H07	Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres	2005
H08	Le Centre national de ressources de la douleur	2006
H09	Le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie	2006
H11	Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)	2011
H12	Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson	2012

I	**Au titre des missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient**

I01	Les équipes hospitalières de liaison en addictologie (EHLSA)	2005
I02	Les équipes mobiles de gériatrie (EMG)	2005
I03	Les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)	2007
I04	Les équipes de cancérologie pédiatrique	2005
I05	Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques	2012

J	**Missions de collecte, conservation et distribution des produits d'origine humaine**

J01	Les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique	2005
J02	Les surcoûts cliniques et biologiques de l'assistance médicale à la procréation, du don d'ovocytes et de spermatozoïdes, de l'accueil d'embryon et de la préservation de la fertilité	2012
J03	Les prélèvements de tissus lors de prélèvement multi-organes et à cœur arrêté	2007
J04	Les prélèvements de sang placentaire	2015

K	**Au titre des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci**

K01	Les réseaux de télésanté, notamment la télémédecine	2005
K02	La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale	2005
K03	Les unités d'accueil et de soins des patients sourds en langue des signes	2007

L	**Au titre de l'activité de dépistage anonyme et gratuit**

L01	Les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine et des hépatites virales et des infections sexuellement tranmissibles	2005

M	**Au titre des missions de prévention et d'éducation pour la santé**

M01	Les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives aux maladies chroniques et notamment aux pathologies respiratoires, cardio-vasculaires, à l'insuffisance rénale, au diabète et à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)	2006

N	**Au titre de la mission de conseil aux équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes**

N01	les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)	2005

O	**Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques sanitaires liés à des circonstances exceptionnelles**

O01	Les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	2012
O02	La mise en œuvre des missions des établissements de santé de référence mentionnés à l'article R. 3131-10 du code de la santé publique	2012
O03	L'acquisition et la maintenance des moyens des établissements de santé pour la gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles	2012

P	Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies

P01	Les consultations mémoire	2005
P02	Les consultations hospitalières d'addictologie	2005
P03	L'emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévus par les plans nationaux de santé publique, à l'exception du plan cancer	2005
P04	Les structures d'étude et de traitement de la douleur chronique	2005
P05	Les consultations hospitalières de génétique	2005
P06	La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile	2005
P07	Les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents	2005
P08	Les actions de qualité transversale des pratiques de soins en cancérologie	2010
P09	La coordination des parcours de soins en cancérologie	2012
P10	Les centres experts de la maladie de Parkinson	2013
P11	Les consultations d'évaluation pluriprofessionelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	2016
P12	Primoprescription de chimiothérapies orales	2016

Q	Au titre de l'aide médicale urgente

Q01	Les services d'aide médicale urgente (SAMU) mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique	2005
Q02	Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique	2005
Q03	Les centres nationaux d'appels d'urgence spécifiques : centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé-médicale maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer et centre national de relais mentionné à l'arrêté du 1er février 2010 désignant le CHU de Grenoble dans sa mise en œuvre du centre de réception des appels d'urgence passés par les personnes non ou malentendantes	2012
Q04	Obésité	2012
Q05	Les cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)	2014
Q06	Aide médicale urgente en milieu périlleux	2014

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 3° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale les actions suivantes :

R	Au titre de la participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques	
R01	La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts	2005
R02	La rémunération, les charges sociales, frais professionnels et avantages en nature des agents mis à disposition auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en œuvre de la politique hospitalière ou de la gestion des crises sanitaires	2005
R03	La coordination des instances nationales de représentations des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissements et de conférences médicales mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-2 et L. 6161-8 du code de la santé publique	2005
R04	La rémunération, les charges sociales des personnels mis à disposition auprès des organisations syndicales nationales représentatives des personnels des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale	2005
R05	Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État	2005
R06	La participation à la rémunération des agents bénéficiant des dispositions du décret 97-215 du 10 mars 1997	2012

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale les actions suivantes:

S	Au titre de la permanence des soins	
S01	Peuvent être pris en charge, pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et au titre de l'accueil, du suivi de la prise en charge des patients, quel que soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end, à l'exception du samedi matin, et les jours fériés : - pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ; - pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence.	2009

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 1° à 3° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale les structures suivantes

T	Au titre des activités de soins dispensés à des populations spécifiques	
T01	Les centres périnataux de proximité (CPP) mentionnés à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique	2005
T02	Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)	2005
T03	Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)	2005
T04	Les chambres sécurisées pour détenus	2005

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 4° de l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale

U	Au titre de la prise en charge des patients en situation de précarité	
U01	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge des patients en situation de précarité par des équipes hospitalières	2009
U02	Les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique, dont la prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé	2012
U03	Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires	2011

ANNEXE VI

SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION (SSR)

Cette annexe a pour objet de vous présenter les mesures spécifiques portant sur le champ SSR.

La MIG « réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation »

Cette dotation MIG est dédiée à la mise en œuvre d'actions de réinsertion professionnelle précoce en SSR. Les crédits délégués par cette circulaire à hauteur de 5,7 M€ permettent de compenser une partie des surcoûts induits par la mise en place, au sein d'établissements SSR, d'équipes pluridisciplinaires dédiées à la réinsertion professionnelle.

Pour être éligibles à la dotation MIG, les établissements doivent notamment être titulaires, en termes d'autorisation d'activité de soins, des mentions spécialisées « affections du système nerveux » et/ou « affections de l'appareil locomoteur » et être partie d'une convention cadre avec les deux fonds professionnels dédiés à l'insertion des travailleurs handicapés, l'association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH) et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPFH).

Ces équipes pluridisciplinaires doivent suivre plus de 100 patients par an et comporter *a minima* des compétences de médecin et de chargé d'insertion et/ou d'ergonome.

39 établissements sont bénéficiaires de cette MIG. Le financement est de 124,79 k€ pour une équipe de référence de 2,70 ETP.

La MIG « scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation »

Une dotation MIG est créée en 2016 dans l'objectif de couvrir différents surcoûts à la charge des établissements de SSR pédiatrique dans le cadre de la mise en œuvre de l'instruction scolaire, obligatoire pour les enfants de plus de 6 ans.

Les établissements éligibles sont les établissements autorisés à la prise en charge des enfants de plus de 6 ans et adolescents. Ces établissements doivent en outre mettre en œuvre de façon effective la scolarisation des enfants hospitalisés. 128 établissements bénéficient de cette MIG.

D'un montant total de 6,3 M€, la dotation MIG intègre la compensation de surcoûts suivants :

- charges de personnel non enseignant dédié à la mise en œuvre de la scolarisation ;
- charges de transport des enfants lorsque la scolarisation est extérieure à l'établissement de SSR ;
- charges immobilières et mobilières sur la base de l'emprise foncière et de l'amortissement des équipements scolaires lorsque les établissements disposent de locaux dédiés à la scolarisation (charges locatives valorisées à hauteur de 14 €/m²/mois en considérant 35 m² pour 6 enfants et amortissement des équipements scolaires compensé à hauteur de 13 000 €).

La MIG « consultations d'évaluation pluriprofessionelle post accident vasculaire cérébral (AVC) »

2,3 M€ sont délégués par la présente circulaire pour la mise en œuvre de cette mesure sur le champ SSR (*cf.* détail de la mesure en annexe III).

Les MERRI relatives au financement de la recherche médicale

Dans un objectif de développement et de structuration de la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins des établissements de SSR, cinq MERRI sont identifiées dont quatre sont dédiées aux projets de recherche entrant dans les programmes suivants : programme hospitalier de recherche clinique (PHRC), programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS), programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) et programmes de recherche médico-économique (PRME) .

Une MERRI « effort d'expertise » est par ailleurs créée.

La MERRI « rémunération des internes en stage hospitalier »

La rémunération des internes effectuant leur stage 2016 au sein de services ou d'établissements de SSR est assurée par une MERRI spécifique à partir de 2016. Le montant délégué sera calibré exactement sur le même modèle que pour la MERRI MCO.

L'enquête annuelle menée par la DGOS permettra le recensement de l'ensemble des internes accueillis en SSR (accueil dans des établissements monoactivité ou mixtes) et permettra de procéder à la délégation des crédits en MERRI SSR, et d'ajuster le montant délégué par la présente circulaire en MERRI MCO en dernière circulaire budgétaire 2016.

Nomenclature des MIG SSR 2016

CODE	LIBELLÉ DE LA MISSION	ANNÉE de création ou de transformation (hors modification de libellé)

Peuvent être pris en charge au titre des missions relevant des soins de suite et de réadaptation et mentionnées au IV de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 susvisée, les structures, programmes, actions, actes et produits suivants :

V01	Scolarisation des enfants hospitalisés en soins de suite et de réadaptation	2016
V02	Réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation	2016
V03	Les consultations d'évaluation pluriprofessionelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	2016
V04	La rémunération des internes en stage hospitalier	2016
V05	L'effort d'expertise des établissements	2016
V06	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche clinique (PHRC)	2016
V07	Les projets de recherche entrant dans le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS)	2016
V08	Les projets de recherche entrant dans le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP)	2016
V09	Les programmes de recherche médico-économique (PRME)	2016

Le financement des molécules onéreuses en SSR

Dans l'attente de la réforme du financement des établissements de santé de SSR, qui disposera d'un compartiment molécules onéreuses *ad hoc* fonctionnant sur le modèle d'une liste en sus accompagnée d'un coefficient minorateur et d'un éventuel complément en fin de campagne si l'évolution des dépenses a été contenue, il est prévu en 2016 :

– de calibrer une enveloppe de 30 M€ :
  7,6 M€ correspondant à la reconduction de l'enveloppe 2015 ;
  22,4 M€ en provenance des bases régionales DAF SSR 2016 ;
– d'en déléguer 50 % par la présente circulaire, répartis entre les régions sur la base de FICHCOMP 2014 ;
– de déléguer le solde en dernière circulaire 2016 sur la base des remontées FICHCOMP les plus récentes.

ANNEXE VII

LA DOTATION DE SOINS USLD

Les unités de soins de longue durée : poursuite du dispositif de convergence

Le dispositif de convergence est poursuivi en 2016 sur la base des modalités appliquées depuis 2012 consistant à maintenir l'utilisation des PMP de référence de 2006 et la valeur du point de 2011 (13,10 €). En vertu de l'arrêté du 8 décembre 2010 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire, le taux de convergence de 100 % est appliqué à l'ensemble des situations de sur-dotation résiduelles sur la base des PMP 2006 (à l'exclusion des USLD apparaissant sous-dotées avec leur PMP 2011) et des dotations allouées en 2015 (hors crédits non-reconductibles et crédits alloués au titre de la création d'unités d'hébergement renforcé).

Dans l'attente des conclusions de la mission IGAS en cours sur l'évolution de cette activité, les crédits débasés au titre de la convergence 2016 sont réinjectés dans les enveloppes USLD régionales à titre reconductible. Il en est de même pour les crédits débasés au titre de la convergence 2015 et réalloués l'année dernière à titre non reconductible. Il est demandé aux ARS d'allouer ces crédits prioritairement aux établissements s'engageant dans le cadre de leur convention tripartite à augmenter leur capacité ainsi qu'aux unités apparaissant sous-dotées, dans l'objectif de renforcer leurs moyens au regard de leur vocation sanitaire (continuité médicale et paramédicale, instances qualité, etc.). Il conviendra notamment de veiller à l'adéquation entre la dotation de l'établissement et le niveau de soins médicaux et techniques des patients pris en charge. Le cas échéant, vous avez la possibilité d'utiliser une partie de ces crédits en DAF à titre non reconductible.

ANNEXE VIII

LES INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS

1,2 M€ de dotations AC et DAF sont versées par la présente circulaire au titre des investissements hospitaliers. Ces mesures sont exposées ci-dessous.

Hôpital numérique

Le programme Hôpital numérique prévoit l'octroi d'un soutien financier aux établissements de santé publics, privés et ESPIC éligibles, sous réserve :

– de leur conformité aux pré-requis (critère d'éligibilité au volet financement) lors de la sélection de l'établissement et lors de l'atteinte des cibles ;
– de ne pas avoir été financé sur le même domaine fonctionnel par le plan Hôpital 2012 et d'avoir terminé son projet Hôpital 2012 quel que soit le domaine (critère d'éligibilité au volet financement) ;
– de l'atteinte avant le 31 décembre 2017 des cibles définies sur l'usage du système d'information dans chaque domaine fonctionnel sur lequel l'établissement candidate (critère de délégation de la part « usage » du financement).

Les modalités du volet financement du programme Hôpital numérique sont détaillées dans l'instruction n° DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 4 juin 2013 relative au lancement opérationnel du volet financement du programme Hôpital numérique.

Le soutien financier est versé aux établissements ayant atteint les cibles d'un ou plusieurs domaines prioritaires et dont l'atteinte (pré-requis et cibles du domaine prioritaire [indicateurs et pièces justificatives pertinentes téléchargées]) a été validée par l'ARS.

La présente circulaire alloue 4,54 M€ de dotations AC et DAF non reconductibles à ce titre. Les dotations relatives aux établissements de santé privés mono activité de SSR et de psychiatrie sont versées *via* la première circulaire FMESPP 2016.

Le financement des projets d'investissement : Hôpital 2012 systèmes d'informations

Conformément aux règles de délégations des crédits accordés aux opérations « Hôpital 2012 Systèmes d'Informations », les crédits sont mis en base sur une durée de 5 ans.

Ainsi, les crédits délégués par le niveau national aux ARS en 2011 font l'objet en 2016 d'un débasage.

Les crédits débasés s'élèvent à 4,58 M€ en AC/DAF reconductibles.

Cristal Image : Réseau d'images numérisées pour la transplantation d'organes

La présente délégation a pour objet de financer les coûts d'accompagnement pour les établissements de santé autorisés à la greffe d'organe et les établissements autorisés au prélèvement multi-organes afin que ces établissements puissent se raccorder au dispositif technique permettant la consultation et le transfert d'images de l'Agence de la biomédecine.

À ce titre, les régions Alsace - Champagne-Ardenne – Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Bourgogne - Franche-Comté, Corse, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais – Picardie, Normandie, Provence-Alpes-Côte d'Azur, océan Indien, bénéficient d'un accompagnement de 1 M€ en crédits AC non reconductibles.

Le déploiement de la transmission d'images pour la transplantation d'organes débutera au 4e trimestre 2016 par les établissements de greffe thoracique (greffe cardiaque et/ou greffe pulmonaire ou cœur-poumon), puis au 1er semestre 2017 par les établissements préleveurs effectuant au moins 5 prélèvements par an, les établissements de greffe hépatique, les établissements autorisés de greffe rénale, et enfin les établissements préleveurs effectuant moins de 5 prélèvements par an.

Performance du SI de gestion, de facturation et de valorisation médico-économique

Au titre de la mise en place de la facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire de l'activité d'hospitalisation, les établissements de santé mentionnés aux *a, b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale doivent fiabiliser les échanges au sein du SI des éléments concourant la facturation des prestations délivrées aux patients. Les actions à mener concernent en particulier le

développement de l'urbanisation des applicatifs concernés, ainsi que la mise en œuvre de modules logiciels concourant à superviser et tracer les flux échangés, vérifier la cohérence des données communes partagées entre logiciels et améliorer les procédures d'assurance qualités appliquées à la facturation et à la valorisation, notamment par l'intermédiaire d'un module de contrôle et d'analyse des données de facturation (MOCA) pilotant le moteur de facturation DEFIS.

Cette délégation a pour objectif de fournir une aide aux établissements qui doivent mettre en œuvre la facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire dans le cadre de l'expérimentation préalable à la généralisation.

Un montant de 0,1 M€ est allouée à l'établissement expérimentateur selon les modalités suivantes :

– un premier montant de 0,06 M€ après que le premier envoi de factures B2 a été traité, et son contenu analysé, par sa Caisse de paiement unique (CPU), sur présentation du compte rendu du Groupe de coordination local (GCL) ayant formalisé l'analyse conjointe établissement – CPU ;
– un deuxième montant de 0,04 M€ après que l'ensemble de la chaîne de traitement de l'information nécessaire au fonctionnement en routine de la facturation directe aura été mis en production ; celle-ci comprend en particulier un module de contrôle et d'analyse répondant au cahier des charges disponible sur la page FIDES du site du ministère de la santé, le moteur de facturation DEFIS, l'environnement de rétro-intégration des factures émises par DEFIS dans le logiciel de gestion administrative du patient (GAP), les mécanismes d'intégration à la GAP des accusés de réception logiques et des retours NOEMIE émis par la CPU, ainsi que de leur transmission à DEFIS et aux autres programmes concernés. La délégation se fera après que la chaîne dans son ensemble aura été recettée.

À ce titre, les régions Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur bénéficient d'un accompagnement en AC non reconductible à hauteur de 0,16 M€ au total.

ANNEXE IX

INNOVATION, RECHERCHE ET RÉFÉRENCE

1. **Dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation**

Dans le cadre de la simplification du modèle MERRI, la part modulable devient la « dotation socle de financement des activités de recherche, d'enseignement et d'innovation ». La dotation de la part modulable des MERRI est abondée à hauteur de 48,81 M€ issus du reliquat de la part fixe.

Par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du plan maladies neuro-dégénératives, 0,7 M€ sont soustraits à cette dotation pour financer 7 centres d'excellence pour la recherche sur les maladies neuro-dégénératives identifiés en 2015, dans le cadre d'un appel d'offres d'AVIESAN.

La dotation socle des MERRI s'élève donc en 2016 à 1 561,4 M€ (dont 2,7 M€ convertis en DAF pour trois établissements publics de santé mentale). Cette allocation ne comprend pas le financement au titre de la part modulable du service de santé des armées (14,3 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Elle est allouée à 114 établissements de santé ou GCS, dont 9 en bénéficient pour la première fois.

Le seuil d'accès à la dotation de la part modulable (après valorisation des indicateurs) est fixé à 250 k€, ce montant constituant donc un socle minimal garanti aux établissements éligibles. Les indicateurs et leurs modalités de calcul utilisés pour la répartition de cette dotation restent inchangés depuis 2014. La répartition de la dotation se décompose ainsi :

– indicateur relatif aux publications scientifiques (pour 60 %, moyenne sur 4 ans) ;
– indicateur relatif à l'effort d'enseignement (pour 25 %, moyenne sur 3 ans) ;
– indicateur relatif à la participation aux essais cliniques (pour 5,5 %, moyenne sur 3 ans) ;
– indicateur relatif aux inclusions dans les centres promoteurs (pour 5,5 %, moyenne sur 3 ans) ;
– indicateur relatif aux inclusions dans les centres investigateurs (pour 4 %, moyenne sur 3 ans) ;

La prise en compte des indicateurs sous la forme d'une moyenne sur 3 ou 4 ans permet de lisser les effets revenus et de garantir aux établissements une stabilité dans le temps des ressources dont ils disposent au titre de cette dotation socle.

2. **La part variable des MERRI relatives à l'innovation et à la recherche**

2.1. *Projets de recherche*

La première tranche de financement des projets de recherche sélectionnés en 2015 est déléguée au titre des programmes suivants :

– recherche translationnelle (PRT-K) ;
– recherche clinique (PHRC-K et PHRC interrégional Grand Est, Grand Ouest, Sud-Ouest outre-mer, Sud-Méditerranée et Sud-Est) ;
– recherche médico-économique (PRME-K).

Les projets de recherche sélectionnés en 2014 et dans les années antérieures sont financés en fonction de leur avancement. Ils relèvent des programmes de recherche suivants :

– recherche translationnelle (PRT-S et PRT-K) ;
– recherche clinique (PHRC-N, PHRC-K, PHRC-I) ;
– recherche médico-économique (PRME, PRME-K) ;
– recherche sur la performance du système de soins (PREPS) ;
– recherche infirmière et paramédicale (PHRIP).

Le total des financements délégués pour ces projets de recherche s'élève à 12,19 M€ dont 0,13 M€ sont convertis en DAF pour un EPSM. Un fichier détaillant l'ensemble des financements délégués par projet de recherche et par établissement est mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé : http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/article/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri

2.2. *Missions d'appui à la recherche et à l'innovation*

Aux fins de préciser les mandats donnés par l'État aux établissements de santé dans le domaine de l'appui à la recherche appliquée et à l'innovation en santé, les intitulés des MERRI historique-

ment dédiées à des structures ou des dispositifs hospitaliers ont été reconfigurés. Ce changement n'a pas de conséquence financière pour les établissements, en l'absence de modélisation du financement. Celle-ci se fera sur la base des rapports d'activité PIRAMIG qui seront remplis, dans le cadre d'un travail conduit en concertation avec les acteurs durant l'année 2016. L'objectif est de construire un modèle permettant de prendre en compte à la fois le dynamisme des structures et la nécessité de leur assurer des ressources pérennes notamment en déterminant une part de financement fixe et son montant.

Cinq missions sont actuellement ainsi définies :

– « organisation, surveillance et coordination de la recherche » (D23), laquelle recoupe partiellement des missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de 56,71 M€ (dont 0,8 M€ pour le CNCR). Les établissements de santé bénéficiaires sont identifiés dans le cadre du modèle de répartition de la dotation DRCI utilisé en 2015. Le montant total correspond à 80 % du montant de la MIG DRCI délégué en 2015 ;
– « conception des protocoles, gestion et analyse des données » (D24), laquelle regroupe les autres missions dévolues aux délégations à la recherche clinique et à l'innovation (DRCI). Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de 14,18 M€ (dont 0,2 M€ pour le CNCR). Les établissements de santé bénéficiaires sont identifiés dans le cadre du modèle de répartition de la dotation DRCI utilisé en 2015. Le montant total correspond à 20 % du montant de la MIG DRCI délégué en 2015 ;
– « investigation » (D25), qui rassemble les missions exercées par les centres d'investigation et les centres de recherche clinique (CIC et CRC-RIC), ainsi que celles des sites de recherche intégrée en cancérologie (SIRIC). Cette dotation est allouée à 47 établissements de santé ou GCS à hauteur de 40,79 M€. Les établissements bénéficiaires ainsi que les montants alloués correspondent aux MIG CIC CRC-RIC et SERI au titre des SIRIC de 2015 ;
– « préparation, conservation et mise à disposition des ressources biologiques », mission exercée par les centres de ressources biologiques certifiés (CRB, D04), dont font aussi partie les tumorothèques développant une activité recherche certifiée. Cette dotation est allouée à 49 établissements de santé ou GCS à hauteur de 24,37 M€, établissements faisant état d'un centre certifié ou en cours de certification. Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (0,08 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Les allocations sont calculées sur la base d'un modèle combinant l'attribution d'une part fixe (100 k€ pour les établissements de santé en cours de certification et 150 k€ pour les certifiés), destinée à financer la qualité de la structure, et d'une part variable, fonction de cinq indicateurs d'activité (requalification, préparation, stockage, mise à disposition et conservation) ;
– « coordination territoriale » (D26), soit les missions assurées par les groupements interrégionaux de recherche clinique et d'innovation (GIRCI), lesquels pilotent notamment les équipes mobiles de recherche clinique en cancérologie (EMRC). Cette dotation, correspondant à la dotation des MIG GIRCI et EMRC de 2015, est allouée aux 7 établissements de santé ou GCS sièges de GIRCI à hauteur de 13,82 M€. La répartition des crédits prend en compte la réforme territoriale c'est-à-dire :
  – inter-région Île-de-France ;
  – inter-région Nord-Ouest (Nord - Pas-de-Calais Picardie et Normandie) ;
  – inter-région Grand Est (Alsace Lorraine Champagne-Ardenne et Bourgogne Franche-Comté) ;
  – inter-région Sud-Est (Rhône-Alpes Auvergne) ;
  – inter-région Sud-Méditerranée (Provence-Alpes-Côte d'Azur) ;
  – inter-région Sud-Ouest Outre-Mer (Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes ; Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées ; Guadeloupe Guyane Martinique Océan Indien) ;
  – inter-région Grand Ouest (Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et Bretagne).

2.3. *Soutien à l'innovation*

La dotation totale de la MERRI relative aux actes hors nomenclatures (HN) s'élève cette année à 282,98 M€. Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (2,16 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*. Pour la première fois en 2015, l'activité des actes de génétique a été recensée dans FICHSUP. En conséquence, la dotation de la MERRI relative aux laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neuro-génétique est versée dans celle de la MERRI relative aux actes HN pour prendre en compte ce changement de périmètre.

Dans le cadre de cette circulaire, 75 % des dotations déléguées en 2015 au titre des MERRI relatives aux actes hors nomenclatures et aux laboratoires de génétiques sont délégués aux établissements de santé.

Médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU : les dotations correspondant à ces remboursements pour les déclarations faites sur quatre mois, entre septembre et décembre 2015, et validées par l'ensemble des ARS, sont déléguées à hauteur de 92,95 M€ à 332 établissements de santé. Cette allocation ne comprend pas le financement du service de santé des armées (0,16 M€) qui fait l'objet d'un arrêté *ad hoc*.

La dotation de la MERRI relative aux dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire est déléguée à hauteur de 3,25 M€, aux 17 établissements de santé autorisés pour ces activités par l'ANSM.

2.4. *Soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation*

La dotation de 2,09 M€ déléguée à ce titre se décompose ainsi :

Systèmes d'information :

0,25 M€ au CHU de Lille pour la maintenance de SIGAPS-SIGREC ;
0,55 M€ à l'AP-HP pour la banque nationale de données des maladies rares (BNDMR).

Recherche :

0,05 M€ aux HCL pour le projet de gestion dynamique des indicateurs de qualité des soins ;
0,18 M€ à plusieurs établissements, au titre des projets de recherche qu'ils mènent dans le cadre de ce soutien exceptionnel ;
0,24 M€ au CHU de Pointe-à-Pitre et 0,05 M€ au CHU de Fort-de-France pour le financement de deux projets spécifiques au virus Zika en contexte épidémique ;
0,05 M€ au CHU de Montpellier pour le financement d'un projet de cohorte rétrospective en cancérologie ;
0,70 M€ à 7 établissements au titre de leur centre d'excellence pour les maladies neuro-dégénératives ;
0,01 M€ au CH de Valenciennes au titre d'un rattrapage pour la qualité et la performance de la recherche biomédicale à promotion industrielle dans les établissements de santé de 2015.

3. **La part variable des MERRI relatives à la référence**

Les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles (CNR) sont dotés, selon le modèle défini en 2012 pour un montant total de 12,18 M€ alloués à 17 établissements de santé ou GCS (hors service de santé des armées financé à hauteur de 0,99 M€).

Dans l'attente du lancement d'un appel à projets qui permettra en 2016 de revoir l'ensemble des labellisations et les bases des allocations budgétaires, le financement des centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (CRMR) est revu a minima, sur la base des données recueillies dans le cadre de deux années successives de rapports d'activité établis dans l'outil PIRAMIG.

Les sites qui n'ont jamais été labellisés par le ministère et dont l'activité clinique et de recherche est insuffisante, ainsi que quelques sites labellisés mais ne répondant pas à la définition de la mission (services médico-techniques) ne sont plus financés. En outre, la dotation théorique de chaque site est revue en fonction d'un modèle travaillé avec les professionnels, fondé sur des critères d'activité qui définissent une part variable de financement. Une part fixe est allouée en supplément aux sites coordonnateurs.

Toutefois, pour assurer la soutenabilité budgétaire de cette réallocation de ressources, les impacts financiers négatifs par comparaison aux délégations 2015 sont contenus à 40 % de leur montant. Pour les dotations supplémentaires, seules celles au titre des établissements nouvellement éligibles sont conservées, à hauteur de 1,28 M€. La dotation globale déléguée à 36 établissements de santé s'élève à 97,29 M€. Une délégation complémentaire au titre de cette MERRI pourrait intervenir dans le courant de l'année.

La dotation des centres de ressources et de compétences sur l'hémophilie est élargie cette année à 24 établissements de santé (contre 13 en 2015), lesquels recouvrent l'ensemble des centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH), pour un total de 5,03 M€.

Au titre de la MERRI relative aux centres de ressources et de compétences sur la sclérose latérale amyotrophique (SLA), 18 établissements de santé sont financés cette année, soit quatre établissements supplémentaires : le CHU de Rennes, pour tenir compte de la création d'un CRC SLA conformément à la recommandation du Plan maladies neuro-dégénératives ; l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, l'Assistance publique - Hôpitaux de Marseille et le CHU de Nice, où se trouvaient

des centres de référence dédiés à la SLA qui sont transformés en centres de ressources et de compétences afin de mieux correspondre à la réalité de la prise en charge des patients. La dotation globale de la MERRI, qui s'élève à 6,70 M€, est notamment répartie en fonction de l'activité des centres, mesurée par la file active de patients qu'ils prennent en charge.

Les dotations relatives aux centres de ressources et de compétences sur la mucoviscidose (CRCM) sont allouées en fonction du modèle existant, et à partir des données actualisées des files actives de patients pris en charge (chiffres 2014), pour un total de 18,49 M€ aux 30 établissements de santé figurant dans l'arrêté du 16 janvier 2014 (soit 44 CRCM).

La MERRI relative aux réseaux nationaux de référence pour les cancers rares de l'adulte, est dotée à hauteur de 6,52 M€. Le financement est alloué à 12 établissements de santé au titre, d'une part, des 14 réseaux cliniques et 4 réseaux d'anatomopathologie labellisés en 2014 par l'INCa et, d'autre part, des 8 réseaux dits « émergents », désignés et soutenus financièrement depuis 2011.

Le financement des filières de santé pour les maladies rares est délégué à 8 établissements de santé à hauteur de 6,20 M€. Une délégation complémentaire interviendra en cours d'année, sur la base des indicateurs de résultats recensés.

ANNEXE X

ÉCONOMIES 2016

L'ONDAM établissements de santé pour 2016 intègre un effort d'économies de 993 M€ correspondant à la tranche 2016 du plan triennal ONDAM, dont 90 M€ sur l'enveloppe MIGAC, 174 M€ sur la DAF et 7 M€ sur la dotation de soins USLD.

1. **Les économies 2016 portant sur l'ensemble des dotations MIGAC/ODAM**

166,9 M€ d'économies sont réalisés, de manière non ciblée, sur l'ensemble des dotations MIGAC/ODAM. Elles ont été réparties entre toutes les enveloppes de financement concernées et au prorata de leur masse. Ainsi, 47,4 M€ sont à réaliser en 2016 sur la dotation MIGAC, 112,1 M€ sur la DAF et 7,4 M€ sur la dotation de soins USLD. La ventilation interrégionale de ces économies a été effectuée au prorata des dotations régionales 2015 (hors AC investissement et aides en trésorerie) pour l'enveloppe MIGAC, et au prorata des bases régionales 2016 pour la DAF et la dotation de soins USLD.

Ces économies correspondent, conformément au plan d'économies ONDAM, au renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière. Pour cela, les établissements de santé bénéficient des programmes PHARE et SYMPHONIE lancés depuis plusieurs années par la DGOS qui ont pour objectif de générer des gains d'efficience pour les établissements de santé via, d'une part, l'optimisation des achats hospitaliers et, d'autre part, l'optimisation du processus de facturation et de recouvrement.

2. **Les économies 2016 ciblées sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation**

20 M€ en diminution de l'enveloppe nationale dévolue au soutien exceptionnel aux établissements en difficulté : axe 1 du plan d'économie - le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière

Conformément au plan d'économie ONDAM, il est prévu que les aides exceptionnelles mobilisées dans l'ONDAM établissements de santé soient progressivement réduites, en accentuant les exigences de redressement des établissements en situation financière dégradée et en renforçant le suivi des objectifs en matière de maîtrise des effectifs rémunérés. Dans ce cadre, une économie de 20 M€ de crédits AC est prévue en 2016 sur l'enveloppe nationale dédiée aux aides exceptionnelles.

22,5 M€ au titre de l'optimisation de la dotation MIGAC - axe 1 du plan d'économie - le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière

Dans le cadre du plan triennal, 22,5 M€ d'économies spécifiques sont à réaliser en 2016 sur l'enveloppe MIGAC comme en 2015.

À cet effet, le périmètre des MIG a été analysé afin ne retenir que les MIG les plus à même d'être mises à contribution.

76 MIG ont ainsi été retirées du périmètre des économies en raison soit :

– de leur caractère conjoncturel sensible (MIG liées à un contexte circonstanciel exceptionnel) ;
– de leur remboursement au coût réel (par exemple ATU) ;
– de l'état d'avancement de leurs modélisations.

Des travaux ont permis d'identifier 20 MIG impactées cette année par l'effort d'économie (*cf.* liste dans le tableau ci-dessous)

Au global, les 22,5 M€ d'économies sont répartis de la façon suivante :

7,5 M€ sur 8 MIG en bases régionales ;
15 M€ sur les autres MIG venant minorer les montants délégués en 2016.

Liste des MIG impactées par les économies 2016
La nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile
Le Centre national de ressources de la douleur
Le financement des activités de recours exceptionnel
Les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares
Le soutien exceptionnel à la recherche clinique et à l'innovation
Les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique
Les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5121-167 et R. 5132-99 du code de la santé publique
La mise à disposition par l'établissement de santé de moyens au bénéfice des centres de préventions et de soins et des maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale
Les centres de coordination des soins en cancérologie (3C)
Les centres de ressources sur les maladies professionnelles (CRMP)
Les centres interrégionaux de coordination pour la maladie de Parkinson
Les consultations hospitalières d'addictologie
Les consultations hospitalières de génétique
Les dépenses spécifiques liées à la prise en charge odontologique des patients atteints de pathologies compliquant cette prise en charge dans les centres de soins, d'enseignement et de recherche dentaires
Les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au Comité national des registres
Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) mentionnés à l'article R. 6123-10 du code de la santé publique
Les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI)
Les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP ; ex UCSA)
Les actions de coopérations internationales en matière hospitalière dans le cadre des politiques de coopération internationale définies par les autorités de l'État
Les espaces de réflexion éthique régionaux ou interrégionaux (ERERI)

3. **Les économies 2016 ciblées sur la dotation annuelle de financement**

Application du plan d'économies à la psychiatrie

Dans le cadre du plan d'économies ONDAM 2015-2017, il est prévu 30 M€ pour l'exercice 2016 à ce titre (dont 27,8 M€ sur les dotations DAF et 2,2 M€ sur les tarifs OQN). L'effort d'économies DAF a été réparti au prorata des bases régionales DAF PSY 2016.

Application du plan d'économies en SSR

Dans le cadre du plan d'économies, il est prévu 45,6 M€ (dont 33,5 M€ en DAF et 12,1 M€ en OQN) à ce titre. L'effort d'économies DAF a été réparti au prorata des bases régionales DAF SSR 2016.

ANNEXE XI

ACCOMPAGNEMENTS OU MESURES PONCTUELLES

Cette annexe a pour objet de vous présenter les délégations allouées au titre d'accompagnements ou de mesures ponctuelles.

L'accompagnement à la mise en place des groupes hospitaliers de territoires (GHT)

Les crédits versés au titre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire sont destinés à répondre aux objectifs fixés par la loi de modernisation de notre système de santé dans son article 107. Il s'agit d'aider les établissements de santé se regroupant au sein d'un futur groupement hospitalier de territoire à supporter les coûts d'amorçage de ce dispositif obligatoire de coopération. Les dotations d'amorçage seront allouées au titre de trois volets : le premier relatif à la mise en place d'ateliers opérationnels portant sur le projet médical partagé, le deuxième relatif à un accompagnement de conduite du changement et le troisième relatif au coût d'amorçage des GHT. Pour le premier volet, les dotations seront allouées par session à organiser, lorsque les agences régionales ont choisi de déployer cette formation sur leur périmètre ; pour le deuxième volet, les dotations seront allouées à un GCS national pour le compte de ses membres, tandis que les dotations du troisième volet seront allouées par GHT, à un des établissements du futur groupement, identifié par les agences régionales de santé comme susceptible d'être établissement support du futur groupement hospitalier de territoire.

La présente circulaire alloue 10,7 M€ en AC non reconductible aux établissements supports préfigurateurs. Ces crédits couvrent :

- le volet atelier opérationnel relatif au projet médical partagé : 1,44 M€ sont délégués à ce titre pour permettre d'organiser 98 ateliers financés à hauteur de 14,65 k€ chacun. Les crédits pourront être repris lorsque les ateliers opérationnels n'auront pas été organisés ;
- le volet d'accompagnement de la conduite du changement : 4 M€ sont délégués à ce titre pour permettre aux établissements, par le biais du GCS dont ils sont membres, de bénéficier d'une prestation homogène d'accompagnement ;
- le volet mise en place des GHT : 5,2 M€ sont répartis par région afin de financer des postes de chef de projet ou des prestations personnalisées par GHT.

Un complément de financement sera délégué d'ici la fin de l'année. Les crédits seront répartis par GHT, avec un versement à l'établissement support, sous réserve que les conditions suivantes aient été satisfaites :

- transmission de l'acte d'approbation de la convention constitutive et de la convention constitutive ;
- transmission du nombre d'ETP concernés par la mutualisation des fonctions, par fonctions avec détail au sein de chaque fonction par établissement, selon des modalités à déterminer ;
- transmission des indicateurs de convergence des systèmes d'information à T0 pour le GHT, dans l'oSIS (observatoire des systèmes d'information de santé) ;
- transmission de l'acte de nomination du médecin responsable du DIM de territoire ;
- transmission de l'acte de désignation du président de la commission ou du collège médical du groupement ;
- transmission de la lettre de mission prévoyant la mise en place d'un groupe projet « fonction achat de GHT ». La lettre de mission devra prévoir les mentions suivantes : un mandat formel du groupe projet proposé par le directeur des achats et validé par les instances *ad hoc* du GHT et le détail des activités du groupe projet « fonction achat de GHT » qui porteront notamment sur la définition de l'organisation achat de GHT dans la perspective d'une mise en place au 1er janvier 2017, le lancement d'une démarche P.A.A structurée et le lancement d'un sous-projet structuré portant sur tous les outils du SI-Achat.

Le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE)

La présente circulaire actualise, sur la base des dernières données d'activité disponibles sur 2015, les montants AC alloués en non reconductible, par la circulaire du 15 décembre 2015, aux établissements privés à but non lucratif du champ MCO ex-OQN ne bénéficiant pas de l'avantage fiscal du CICE mais dont les tarifs ont néanmoins été impactés à ce titre.

Le complément de crédits ainsi accordé au titre du différentiel entre l'impact calculé sur la base des données 2014 et déjà délégué et celui fondé sur l'année 2015, s'élève à 1,2 M€.

Comme lors des 3 exercices précédents, la 3e circulaire de campagne 2016 procèdera à la compensation pour les établissements privés à but non lucratif des effets cumulés des reprises tarifaires CICE opérées en campagne depuis 2013.

Le pacte de responsabilité

Les mesures d'exonérations de charge décidées dans le cadre du pacte de responsabilité se poursuivent en 2016 et concernent les établissements privés lucratifs et non lucratifs.

Comme pour le CICE, il a été arbitré de reprendre aux établissements bénéficiaires le gain lié à ces exonérations de charges. A ce titre, une reprise de 10,5 M€ est opérée en DAF reconductible sur les établissements de santé privé à but non lucratif financés exclusivement sous DAF.

Soutien exceptionnel aux établissements en difficulté

À titre exceptionnel, un accompagnement à hauteur de 75 M€ est versé en crédits AC et DAF non reconductibles par cette circulaire afin d'accompagner les établissements de santé dans leur retour à l'équilibre, leurs difficultés de trésorerie et leur dynamique de transformation.

Ces aides versées à titre exceptionnel, doivent avoir pour contrepartie la poursuite des actions de redressement des hôpitaux concernés. Il conviendra de veiller par conséquent à ce que l'allocation des aides respecte strictement un principe de dégressivité pour tenir compte de la trajectoire de retour à l'équilibre engagée par les établissements. Les contrats de retour à l'équilibre devront acter ce principe.

Consommation de traitements coûteux (hors liste en sus) dans les établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)

La présente circulaire délègue 4 M€ en crédits AC non reconductibles aux établissements d'HAD sur la base des données recueillies *via* l'enquête FICHSUP (période du 1er janvier au 31 octobre 2015), mise en place par l'instruction no DGOS/R4/2015/304 du 9 octobre 2015 relative aux consommations de certains traitements coûteux hors liste en sus.

La répartition interrégionale de la dotation a été calculée au prorata des consommations remontées par les établissements d'HAD sur la base du prix d'achat par UCD.

Emprunts structurés

Le dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés mis en place par les instructions interministérielles no DGOS//PFA/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 et no DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015, prévoit un soutien financier pour couvrir une partie du coût de sécurisation définitive des contrats de prêts éligibles au dispositif suscité.

L'octroi de l'aide est conditionné au remboursement anticipé du contrat de prêt éligible et à la conclusion préalable avec l'établissement de crédit d'une transaction au sens de l'article 2044 du code civil portant sur le contrat.

La présente circulaire délègue ainsi 30,6 M€ de dotations aux établissements les plus exposés au risque de taux d'intérêt. Cette allocation a été calculée sur la base de critères de toxicité des contrats de prêt concernés et de situation financière de l'établissement.

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 des plateaux techniques
et des prises en charge
hospitalières aiguës

Institut national du cancer

Pôle santé publique et soins

Département organisation
et parcours de soins

Instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/168 du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en oncopédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués

NOR : *AFSH1614131J*

Validée par le CNP le 13 mai 2016. – Visa CNP 2016-83.

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 est relative à un état des lieux de l'offre et des besoins en oncopédiatrie en vue de mesurer l'impact de la réforme territoriale sur l'organisation et la régulation de l'offre de soins en oncologie pédiatrie, d'anticiper et accompagner les fortes évolutions des techniques et prises en charge en oncologie pédiatrie, et d'aboutir à une meilleure lisibilité de l'offre en oncopédiatrie sur le territoire notamment celle réalisée en recours ou celle de proximité.

Mots clés : cancérologie – parcours de soins – parcours de santé – prises en charge de recours – radiothérapie oncopédiatrique – prises en charge en ambulatoire – adolescents et jeunes adultes – dispositifs de coordination en cancérologie pédiatrique – plan cancer.

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 (ayant valeur réglementaire) pour les pratiques des traitements du cancer par chimiothérapie, par radiothérapie, par chirurgie ; des traitements du cancer pour les enfants et adolescentes de moins de 18 ans.

Annexes :

Annexe 1. – Questionnaires à renseigner par les agences régionales de santé.

Annexe 2A. – Rappel du dispositif d'encadrement de l'activité de traitement du cancer pour les enfants de moins de 18 ans.

Annexe 2B. – Impact de la réforme territoriale sur l'organisation de l'oncopédiatrie.

Annexe 3. – Rappel des actions nationales hors champ de l'instruction relatives à l'accès des enfants, adolescents et jeunes adultes à l'innovation et aux essais cliniques.

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

Le contexte de la prise en charge en oncologie pédiatrique est marqué par plusieurs facteurs importants d'évolution. Le troisième plan cancer fait des cancers de l'enfant un axe fort d'amélioration, avec notamment une volonté d'améliorer la prise en charge des situations complexes et rares. La cancérologie pédiatrique est par ailleurs marquée, comme la cancérologie adulte, par l'évolution des techniques et modes de prise en charge du cancer, conduisant à développer les prises en charge ambulatoires et à domicile mais également l'accès à des techniques très spécialisées.

Enfin, s'engagent en application de la loi de modernisation de notre système de santé (article 204) des travaux sur les évolutions nécessaires du régime d'autorisation en cancérologie qui intègrent le champ de l'oncologie pédiatrique.

Dans ce contexte, la présente instruction vise à associer les agences régionales de santé à la réalisation d'un état des lieux précis et partagé qui est indispensable pour éclairer la décision publique et prévoir les organisations de demain (annexe 1).

I. – PRINCIPES D'ORGANISATION DE L'OFFRE ACTUELLE EN ONCOLOGIE PÉDIATRIQUE

La prise en charge des cancers de l'enfant repose, depuis le deuxième plan cancer, sur une organisation spécifique. Celle-ci est appuyée sur un nombre restreint d'établissements de santé autorisés par les agences régionales de santé pour exercer l'activité de traitement du cancer. L'autorisation concernée ne précise pas la mention spécifique de la prise en charge des enfants mais est associée d'une reconnaissance établie par l'une des 7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatriques (OIR) identifiées par l'INCa en 2010 pour 5 ans.

Les organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique sont, par ailleurs, chargées de la coordination des acteurs en oncopédiatrie, de l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires interrégionales d'oncopédiatrie (RCPI) et de l'identification des filières pertinentes de prise en charge des enfants (annexe 2).

Au total, le territoire national dispose de 31 centres spécialisés de soins en cancérologie pédiatrique, étendus à 47 au total si l'on comptabilise les sites de radiothérapie oncopédiatrique. Cette concentration de l'offre s'explique, d'une part, par le caractère « rare » du cancer chez l'enfant et l'adolescent (2 500 nouveaux cas par an) et, d'autre part, par la haute technicité et complexité des prises en charge en cancérologie pédiatrique.

II. – LES PERSPECTIVES DE TRAVAIL AU PLAN NATIONAL

Des perspectives de travail structurantes, susceptibles d'intégrer le champ de cancérologie-pédiatrie, sont en cours ou se préparent pour les mois à venir :

a) Les travaux d'évolution du régime des autorisations en cancérologie

La réflexion sur les évolutions du régime d'autorisation en cancérologie va très prochainement s'engager au plan national en application de la loi de modernisation de notre système de santé (article 204), L'objectif est de mieux intégrer, dans les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement relatives aux activités de soins, les enjeux de qualité et de sécurité et d'organisation des parcours.

L'enjeu est également de replacer les agences régionales de santé au cœur de la régulation de cette offre de soins. Le présent état des lieux sollicité au niveau régional permettra d'alimenter cette réflexion.

b) L'interrogation du niveau optimal de régulation de l'offre de cancérologie pédiatrique

La réforme territoriale, qui a entraîné dès le 1er janvier 2016 le regroupement de plusieurs régions, ainsi que les évolutions en cours des prises en charge en cancérologie, questionnent le niveau optimal de régulation de l'offre de cancérologie pédiatrique, qui repose aujourd'hui sur des organisations hospitalières interrégionales de recours (OIR) dont le périmètre géographique n'est pas totalement concordant avec les nouvelles régions administratives (annexe 3).

Dans l'attente des évolutions à définir, il a été acté une prorogation d'une année de l'identification des 7 organisations hospitalières interrégionales en 2016.

c) Accompagner les facteurs d'évolution de l'offre en cancérologie pédiatrique

Les évolutions actuelles de l'offre en cancérologie conduisent la DGOS et l'INCa à interroger les principes d'organisation de l'offre en cancérologie pédiatrique. Quatre enjeux guident particulièrement la réflexion nationale et font l'objet de focus de la présente enquête. Ces enjeux structurent le questionnaire de l'état des lieux en objet :

1. **La lisibilité des structures intervenant dans la prise en charge des enfants**

L'offre en place en oncologie pédiatrique n'est aujourd'hui pas bien repérée aux niveaux régional et national. Ce constat vaut pour les modalités de traitement du cancer réalisées par les établissements spécialisés en cancérologie pédiatrique mais aussi et surtout pour le repérage des établissements impliqués en proximité dans le parcours de soins des enfants atteints d'un cancer (établissements « dits associés » pour la poursuite ou le suivi des traitements de chimiothérapie au titre de l'article R. 6123-94 du code de la santé publique). L'enjeu de lisibilité de l'offre de soins, pointée par le 3e plan cancer comme essentielle pour l'accès initial aux soins (action 2.1) tout comme pour accéder aux prises en charge les plus complexes (2.15), doit trouver une pleine application en cancérologie pédiatrique.

2. **La réponse aux situations très rares et/ou complexes en cancéropediatrie**

Les situations très rares et/ou complexes en cancérologie pédiatrique suscitent un besoin de gradation complémentaire des décisions thérapeutiques et/ou des soins en cancérologie pédiatrique et soulèvent l'enjeu d'un encadrement spécifique de ces situations (action 2.15 du plan cancer). Le présent questionnaire vise à repérer les RCP interrégionales et nationales de recours existantes ainsi que les sites de recours en cancérologie-pédiatrie identifiés dans votre région pour ces prises en charge complexes.

3. **Nécessité d'anticiper et d'accompagner l'évolution des techniques et modes de prise en charge en cancérologie pédiatrique**

De nouveaux sujets impactent l'organisation en cancérologie pédiatrique : techniques de radiothérapie de haute technicité, radiothérapie réalisée sous anesthésie, chirurgie ambulatoire, programme de réhabilitation rapide en chirurgie (« fast track »), traitements médicamenteux innovants tels que la chimiothérapie orale par exemple, etc. L'adaptation des organisations et des financements à ces évolutions est un axe fort du 3e plan cancer (actions 17.3 et 17.5) et doit faire l'objet d'une analyse particulière en oncologie pédiatrique.

La forte évolution des techniques et des équipements de radiothérapie (RCMI, voie stéréotaxique, protonthérapie) présente un impact, qui doit être précisément appréhendé, sur l'offre de soins en radiothérapie oncopédiatrique et notamment sur le respect du seuil fixé par le critère d'agrément de l'INCa no 17 pour la pratique du traitement du cancer chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans.

Le développement des prises en charge en ambulatoire (chimiothérapie orale ; chirurgie ambulatoire) et la réduction des durées moyennes de séjours en chirurgie du cancer chez l'enfant (ex : « fast track » en chirurgie digestive), impactent l'organisation territoriale des parcours de soins et suscitent la mise en œuvre de coopérations accrues entre les centres spécialisés et les acteurs de soins de proximité (autres établissements de santé pédiatriques, médecine de ville), qu'il convient de mieux formaliser. L'enjeu est de mieux structurer et sécuriser :

- l'organisation en proximité de la continuité des soins à l'issue d'une prise en charge en oncologie pédiatrique ambulatoire ou au sortir d'une hospitalisation à temps complet ;
- le suivi partagé des traitements s'agissant de la chimiothérapie.

4. **L'approche globale des parcours concernés**

L'ambition portée par le 3e plan cancer, d'une approche globale des parcours en cancérologie (objectif 7), doit s'appliquer pleinement en faveur des enfants atteints de cancer, avec l'implication du médecin traitant, la mobilisation de l'offre locale en soins de support et la pleine intégration de la dimension éducative. Le troisième plan cancer identifie en particulier l'enjeu pour la population pédiatrique d'un accompagnement social et éducatif adapté selon les tranches d'âge concernées.

L'évolution précitée du continuum des prises en charge en proximité semble avoir également suscité un besoin de coordination accrue du parcours de santé de l'enfant impliquant différents acteurs des champs sanitaire, psychologique, social et éducatif, notamment par des dispositifs *ad hoc* (infirmiers de coordination, réseaux teritoriaux, autres, etc.), qu'il apparaît nécessaire de recenser.

III. – ÉTAT DES LIEUX

Cet état des lieux est aussi un outil à l'usage des acteurs régionaux. Il doit aider les agences régionales de santé à mieux cerner les besoins d'accompagnement, d'expertises, ainsi que les éventuelles situations problématiques (ex : organisations qui seraient contraires au dispositif en vigueur encadrant l'activité de traitement du cancer). Cette phase d'analyse pourra permettre, le cas échéant, de mieux accompagner les établissements de santé concernés à s'engager dans une démarche rectificative, si nécessaire par l'envoi de lettre d'injonction en application des dispositions de l'article L. 6122-13 du code de la santé publique.

a) Contenu de l'état des lieux

En cohérence avec ces différents enjeux identifiés, la présente enquête vise à recueillir des éléments d'informations sur les quatres axes particuliers précités de la prise en charge en oncopédiatrie.

Nous souhaitons vous préciser que d'autres enjeux majeurs autour du parcours de soins des enfants ne sont pas inclus dans cet état des lieux en raison de la mise en place d'actions spécifiques citées à l'annexe 3 de la présente instruction :

– la spécificité des prises en charge des adolescents et des jeunes adultes (AJA) atteints d'un cancer doit être prise en compte et nécessite dans certains cas des évolutions de l'offre de soins en cancérologie pédiatrique et en cancérologie pour adultes conformément à l'action 2.13 du plan cancer ;
– l'accès des enfants, adolescents et des jeunes adultes à l'innovation et aux essais cliniques ;
– la préservation de la fertilité.

b) Modalités de l'état des lieux et calendrier

Il est demandé à l'agence régionale de santé de renseigner le questionnaire joint en annexe I.

L'état des lieux consiste en une remontée générale d'informations quantitatives et qualitatives sur l'offre de soins en cancérologie pédiatrique et sur les organisations favorisant le parcours de soins des enfants atteints d'un cancer en région au 30 janvier 2016.

Pour renseigner le questionnaire, chaque agence régionale de santé peut légitimement prendre l'attache de tous les centres spécialisés de cancérologie pédiatrique de la région en vue de recueillir leurs avis et des éléments concernant leur activité ou leur organisation, dans la mesure où un faible nombre de centres existe dans les régions.

Il vous est possible également de vous rapprocher de(s) (l')OIR de rattachement de votre région ainsi que de(s) (l')autre(s) agence(s) régionale(s) de santé concernées par l'organisation hospitalière interrégionale, en vue d'un croisement des informations recueillies avec celles que pourraient détenir l'OIR ou l'autre agence.

La remontée des questionnaires renseignés est attendue pour le lundi 18 juillet 2016 au plus tard.

Une réunion d'échanges ARS/DGOS/INCa sera organisé par nos services au début du deuxième semestre 2016 en vue d'une restitution générale et anonymisée par mes services des résultats de l'état des lieux ainsi que d'aboutir à diagnostic partagé. À l'occasion de cette réunion, il sera demandé aux agences régionales de santé un point de vue qualitatif sur les forces et faiblesses de l'organisation (inter)régionale de l'offre de soins en cancérologie pédiatrique.

Les services de la DGOS (bureau R3 – murielle.rabord@sante.gouv.fr et frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr) et de l'INCa (efournie@institutcancer.fr) se tiennent à votre disposition pour toute information sur ces diverses questions afin de vous apporter tout concours utile.

Pour le ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armanteras de Saxcé

Le président de l'INCa par interim,
T. Breton

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRES À RENSEIGNER PAR LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Questionnaire auprès des correspondants cancer des ARS

Enquête relative à l'offre de soins en oncopédiatrie

REGION : …….

- ***Nombre total d'établissements de santé titulaires d'une autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer[1] appartenant à une organisation interrégionale en cancérologie pédiatrique (OIR) identifiée par l'INCa[2] (= centres spécialisés en cancérologie pédiatrique)*** : **….**

Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique	
Nom de l'ES	**Nom de l'OIR de rattachement**

I/ ETAT DES LIEUX :

I.1. Modalités d'organisation de l'offre *:*

I.1.1. Recensement des filières de prise en charge de l'enfant identifiées par une OIR :

Filières[3]	**Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique concernés** *(Précisez par modalité de traitement)*			**OIR concerné**
	Chimiothérapie	**Chirurgie**	**radiothérapie**	
Les tumeurs de l'appareil locomoteur				
Les tumeurs cérébrales				
Les greffes de cellules souches hématopoïétiques				
La mise en œuvre des essais précoces				

[1] Articles R.6122-25, R.6123-86 à R.6123-95, D.6124-131 à D.6124-134 du code de la santé publique ; Critères d'agrément de l'INCa (ayant valeur réglementaire) et notamment ceux pour la pratique des traitements du cancer pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

[2] Articles R.6123-88- 3° et D.1415-1-8-5° du code de la santé publique ; Critère d'agrément de l'INCa n°3 pour la pratique des traitements du cancer pour les enfants et adolescents de moins de 18 ans.

[3] Les 5 filières citées correspondent à celles que l'OIR devait au moins identifier et mettre en place dans le cadre de l'appel à candidature INCa 2009/2010 pour l'identification des OIR.

Filières[3]	**Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique concernés** *(Précisez par modalité de traitement)*			**OIR concerné**
La radiothérapie				
Autres filières de prise en charge éventuellement identifiées par une OIR ***Précisez …***				

I.1.2. Recensement d'éventuelles RCP[4] de recours ou sites de recours en oncopédiatrie identifiés dans votre région pour certaines prises en charge, notamment complexes :

Centre spécialisés en cancérologie pédiatrique *(site géographique du lieu de la RCP ou de la pec)*	**RCP de recours** *(Précisez le domaine (cancer ou pec) concerné)*		**Prise en charge de recours** *(Précisez le domaine (cancer ou pec) concerné)*	
	RCP de recours interrégionale	*RCP de recours national*	*PEC de recours interrégionale*	*PEC de recours national*

I.1.3. Le Réseau régional de cancérologie (RRC) de votre région développe-t-il des actions, en lien ou conjointes, avec l'organisation interrégionale de cancérologie pédiatrique (OIR) :

Oui
Non

Si oui, sur quels sujets :
…
…

NB : Pour les régions pour lesquelles, à l'issue de la réforme territoriale, plusieurs RRC et /ou un rattachement à deux OIR, il est demandé une réponse pour chaque RRC précisant le nom de l'OIR concerné.

…
…

[4] En sus éventuellement des réunions de concertations pluridisciplinaires interrégionales (RCPI) prévues dans le critère d'agrément de l'INCa n°3 pour la pratique du traitement des cancers de l'enfant et des adolescents

I.2. Modalités de traitement réalisées :

Recensement exhaustif des établissements de santé, y compris HAD et SSR, concernés dans votre région par la mise en œuvre de traitement curatif du cancer chez l'enfant et l'adolescent [5]***:***

Liste des établissements de santé (site géographique)	Radiothérapie pédiatrique					Chimiothérapie			Chirurgie		Radiologie interventionnelle
	3D	RCMI	Stéréo-Taxie	ICT Irradiation corporelle total	Proton-thérapie	Initiation du traitement + traitement	Poursuite du traitement	Suivi	HC	CA	

Recensement exhaustif des établissements de santé (site géographique) qui pratiquent la radiothérapie pédiatrique sous anesthésie en précisant la technique de radiothérapie concernée :

…

…

[5] Sont exclus de ce listing les établissements de santé prenant en charge habituellement des adultes et pouvant être amenés à prendre en charge des jeunes de 16 à 18 ans dans les conditions du critère n°6 de l'INCa pour la pratique du traitement des cancers de l'enfant et de l'adolescent.

I.3. Modalités d'accompagnement :

I.3.1. Remontées d'un ou plusieurs exemples de retours d'expérience (REX) relatifs à une organisation formalisée des soins de support[6] pour les enfants atteints d'un cancer :

Une présentation succincte pourra indiquer :

- *les soins de support principaux concernés ;*
- *les populations concernées (âges,…) ;*
- *si la prise en charge est réalisée au sein ou à l'extérieur du centre spécialisé en cancérologie ;*
- *les partenaires hospitaliers et/ou de médecine de ville éventuellement impliqués ;*
- *les modalités de ces organisations (formalisations des relations, outils….) ;*
- *les territoires de santé concernés.*

…
…

1.3.2. Recensement du(des) centre(s) régional(aux) reconnu(s) pour la douleur chronique de l'enfant :

Liste des établissements de santé (site géographique)	Centre régional reconnu pour la douleur chronique de l'enfant

I.3.3. Remontées d'un ou plusieurs exemples de retours d'expérience (REX) d'organisations formalisées favorisant l'accompagnement éducatif et, le cas échéant, médico-social des enfants atteints d'un cancer :

Une présentation succincte pourra indiquer :

- *les problématiques principales concernées ;*
- *les populations concernées (âges,…) ;*
- *les parties prenantes, notamment celles hors champ de la santé, et les modalités de ces organisations (formalisations des relations, outils….) ;*
- *les territoires de santé concernés.*

…
…

I.4. Modalité de la continuité des soins et de la coordination des parcours de soins :

I.4.1. Remontées d'un ou plusieurs exemples de retours d'expérience (REX) d'organisations formalisées de la continuité des soins «en proximité» (exemple : gestion des complications ou des effets indésirables) après l'hospitalisation complète ou la prise en charge hospitalière ambulatoire de l'enfant ou de l'adolescent atteint d'un cancer :

Une présentation succincte pourra indiquer :

- *les partenaires hospitaliers et/ou de médecine de ville éventuellement impliqués ;*
- *les problématiques principales concernées ;*
- *les populations concernées (âges,…) ;*
- *les modalités de ces organisations (formalisations des relations, outils….) ;*

[6] Psychologique, douleur, nutrition, kinésithérapie, préservation de la fertilité, activité sportive, accompagnement social, autres,…

- *les territoires de santé concernés.*

…
…

I.4.2. Recensement exhaustif des réseaux territoriaux de santé ayant la thématique du cancer de l'enfant et des adolescents :

Nombre total : …

Lister les réseaux territoriaux ayant la thématique du cancer de l'enfant et des adolescents	**Territoire de santé concerné**	**Domaines d'action principaux en cancérologie pédiatrique (*populations, coordination, articulation des relations inter hospitalières ou hôpital/ville, autres…)***

I.4.3. Remontées d'un ou plusieurs exemples de retours d'expérience (REX) sur d'autres organisations formalisées favorisant la coordination des parcours de soins des enfants et adolescents atteints d'un cancer :
Une présentation succincte pourra indiquer

- *si la coordination des parcours est organisée au sein ou à l'extérieur du centre spécialisé en cancérologie ;*
- *les partenaires hospitaliers et/ou de médecine de ville éventuellement impliqués ;*
- *les problématiques principales concernées ;*
- *les populations concernées (âges…) ;*
- *les modalités de ces organisations (formalisations des relations, outils….) ;*
- *les territoires de santé concernés.*

…
…

I.5. Les soins palliatifs :

Recensement des organisations en soins palliatifs reconnues par l'ARS pour la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent :

Liste des établissements de santé (site géographique)	**Equipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques**	**Unités de soins palliatifs**	**Lits identifiés en soins palliatifs**	**Equipes mobiles de soins palliatifs**

Recensement des structures d'HAD prenant en charge les soins palliatifs de l'enfant et de l'adolescent :

Lister les réseaux territoriaux	**Territoire de santé concerné**

Recensement des réseaux de santé ayant la thématique soins palliatifs de l'enfant :

Lister les réseaux territoriaux	Territoire de santé concerné

I.6. Modalités d'intégration ou de diffusion de l'innovation :

Quelles éventuelles nouvelles pratiques, voire innovations, l'ARS a pu voir émerger ?

Précisez ces prises en charge ou techniques innovantes et les éventuelles problématiques soulevées:
Exemples : chirurgie ambulatoire ; chirurgie complète intégrant des programmes de réhabilitation rapide ; radiothérapie pédiatrique par hypofractionnement…

…
…

*** *Merci d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire****

A retourner pour le lundi 18 juillet 2016 au plus tard
par mail à la DGOS-bureau plateaux techniques et prises en charge hospitalières aigües murielle.rabord@sante.gouv.fr et frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr et DGOS-R3@sante.gouv.fr
et à l'Institut National du Cancer (INCa)- efournie@institutcancer.fr

ANNEXE 2A

RAPPEL DU DISPOSITIF D'ENCADREMENT DE L'ACTIVITÉ DE TRAITEMENT DU CANCER POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

L'activité de traitement du cancer (par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, utilisation d'éléments sous scellées) est soumise à autorisation de l'agence régionale de santé au titre des articles L. 6122-1, R. 6122-25, et R. 6123-87 du code de la santé publique.

Les dispositions réglementaires encadrant cette activité de soins (R. 6123-86 à R. 6123-95 et D. 6124-131 à D. 6124-134 du code de la santé publique) ne prévoient pas de mention spécifique pour la prise en charge des enfants mais sont néanmoins applicables à cette prise en charge.

En application des dispositions de l'article R. 6123-88-3° du code de la santé publique, le titulaire d'autorisation d'exercer l'activité de traitement du cancer doit satisfaire aux critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer.

En conséquence, la prise en charge des enfants doit obéir aux critères d'agrément de l'INCa transversaux relatifs aux pratiques de chimiothérapie, de radiothérapie ou de chirurgie du cancer ainsi qu'aux critères d'agrément de l'INCa spécifiques pour la pratique des traitements du cancer chez les moins de 18 ans. Parmi ces derniers critères, figure celui fixant l'obligation pour l'établissement de santé assurant le traitement du cancer de l'enfant, d'appartenir à une organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (critère 3).

La prise en charge des cancers de l'enfant mobilise 7 organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR), chargées de la coordination des acteurs en oncopédiatrie.

Ces organisations hospitalières interrégionales ainsi que leurs membres constitués des centres spécialisés en cancérologie pédiatrique reconnus par l'OIR, ont été identifiés par l'INCa en 2010 pour 5 ans.

Elles ont trois missions :

– l'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaires interrégionales d'oncopédiatrie (RCPI) ;
– la mise en œuvre de 5 filières de prise en charge des enfants pour 5 pratiques ou techniques ciblées : la chirurgie des tumeurs cérébrales, la chirurgie des tumeurs osseuses, les greffes de cellules souches hématopoïétiques, la radiothérapie et la mise en œuvre des essais précoces ;
– la contribution des OIR à l'amélioration des connaissances en recherche clinique.

ANNEXE 2B

IMPACT DE LA RÉFORME TERRITORIALE SUR L'ORGANISATION DE L'ONCOPÉDIATRIE

Réforme territoriale			Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)		
Région	**Ancienne région**	**Départements**	**31 Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique**	**16 Autres sites partenaires reconnus par les OIR (notamment radiothérapie)**	**OIR**
Alsace-Champagne Ardenne - Lorraine	**Alsace**	(67) Bas-Rhin	**CHU de Strasbourg**	**CLCC de Strasbourg**	**OIR Grand Est (HOPE)** coordination = CHU de Nancy
		(68) Haut-Rhin			
	Champagne-Ardenne	(08) Ardennes			
		(10) Aube			
		(51) Marne	**CHU de Reims**	**CLCC de Reims**	
		(52) Haute-Marne			
	Lorraine	(54) Meurthe-et-Moselle	**CHU de Nancy** = coordination OIR HOPE	**CLCC de Nancy**	
		(55) Meuse			
		(57) Moselle			
		(88) Vosges			
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	**Aquitaine**	(24) Dordogne			**OIR Sud Ouest (ISOCELE)** coordination = CHU Bordeaux
		(33) Gironde	**CHU de Bordeaux** = coordination OIR ISOCELE		
		(40) Landes			
		(47) Lot-et-Garonne			
		(64) Pyrénées-Atlantiques			
	Limousin	(19) Corrèze			
		(23) Creuse			
		(87) Haute-Vienne	**CHU de Limoges**		
	Poitou-Charentes	(16) Charente			**OIR Grand Ouest (GOCE)** coordination en alternée = CHU Nantes ou CHU Angers
		(17) Charentes-Maritime			
		(79) Deux-Sèvres			
		(96) Vienne		**CHU de Poitiers**	
Bourgogne - Franche-Comté	**Bourgogne**	(21) Côte-d'Or	**CHU de Dijon**	**CLCC de Dijon**	**OIR Grand Est (HOPE)** coordination = CHU de Nancy
		(58) Nièvre			
		(71) Saône-et-Loire			
		(89) Yonne			
	Franche-Comté	(25) Doubs	**CHU de Besançon**		
		(39) Jura			
		(70) Haute-Saône			
		(90) Territoire-de-Belfort			
Bretagne	**Bretagne**	(22) Côte-d'Armor			**OIR Grand Ouest (GOCE)** coordination en alternée = CHU Nantes ou CHU Angers
		(29) Finistère	**CHU de Brest**		
		(35) Ile-et-Vilaine	**CHU de Rennes**	**CLCC de Rennes**	
		(56) Morbihan			

Réforme territoriale			Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)		
Région	**Ancienne région**	**Départements**	**31 Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique**	**16 Autres sites partenaires reconnus par les OIR (notamment radiothérapie)**	**OIR**
Centre - Val-de-Loire	**Centre**	(18) Cher			
		(28) Eure-et-Loir			
		(36) Indre			
		(37) Indre-et-Loire	**CHU de Tours**		**OIR Grand Ouest (GOCE)** coordination en alternée = CHU Nantes ou CHU Angers
		(41) Loir-et-Cher			
		(45) Loiret			
Corse	**Corse**	(2A) Corse-du-Sud			**OIR Sud Est (ONCOSOLEIL)** coordination = PACA (AP-HM)
		(2B) Haute-Corse			
Ile-de-France	**Ile-de-France**	(75) Paris	**CLCC Gustave Roussy** = coordination OIR CANPEDIF **Hôpital Armand Trousseau Hôpital Robert Debré Hôpital Necker Institut Curie**	**Hôpital Saint-Louis Fondation Rotschild**	**OIR IDF/Ile de la Réunion (CANPEDIF)** coordination = IDF (IGR)
		(77) Seine-et-Marne			
		(78) Yvelines			
		(91) Essonne			
		(92) Hauts-de-Seine			
		(93) Seine-Saint-Denis			
		(94) Val-de-Marne		**Hôpital Kremlin-Bicêtre**	
		(95) Val-d'Oise			
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	**Languedoc-Roussillon**	(11) Aude			**OIR Sud Est (ONCOSOLEIL)** coordination = PACA (AP-HM)
		(30) Gard			
		(34) Hérault	**CHU de Montpellier**	**CLCC de Montpellier**	
		(48) Lozère			
		(66) Pyrénées-Orientales			
	Midi-Pyrénées	(09) Ariège			**OIR Sud-Ouest (ISOCELE)** coordination = CHU Bordeaux
		(12) Aveyron			
		(31) Haute-Garonne	**CHU de Toulouse**	**CLCC de Toulouse**	
		(32) Gers			
		(46) Lot			
		(65) Hautes-Pyrénées			
		(81) Tarn			
		(82) Tarn-et-Garonne			

Réforme territoriale			Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)		
Région	**Ancienne région**	**Départements**	**31 Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique**	**16 Autres sites partenaires reconnus par les OIR (notamment radiothérapie)**	**OIR**
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	**Nord-Pas-de-Calais**	(59) Nord	**CHU de Lille** = coordination alternée **CHU de Rouen** = coordination alternée	**CLCC Oscar Lambret- Lille** = coordination alternée **CLCC de Rouen**	**OIR Nord-Ouest (RIOP-NO) coordination alternée =** CHU de Lille, CHU de Rouen, CLCC de Lille
		(62) Pas-de-Calais			
	Picardie	(02) Aisne			
		(60) Oise			
		(80) Somme	**CHU d'Amiens**		
Basse-Normandie - Haute-Normandie	**Basse-Normandie**	(14) Calvados	**CHU de Caen**		**OIR Grand Ouest (GOCE)** coordination en alternée = CHU Nantes ou CHU Angers
		(50) Manche			
		(61) Orne			
	Haute-Normandie	(27) Eure			
		(76) Seine-Maritime			
Pays-de-la Loire	**Pays-de-la-Loire**	(44) Loire-Atlantique	**CHU de Nantes = coordination alternée OIR GOCE**	**CLCC de Nantes**	**OIR Grand Ouest (GOCE)** coordination en alternée = CHU Nantes ou CHU Angers
		(49) Maine-et-Loire	**CHU d'Angers = coordination alternée OIR GOCE**		
		(53) Mayenne			
		(72) Sarthe			
		(85) Vendée			
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	**PACA**	(04) Ales-de-Haute-Provence			**OIR Sud Est (ONCOSOLEIL)** coordination = PACA (AP-HM)
		(05) Hautes-Alpes			
		(06) Alpes-Maritimes	**GCS CHU de Nice - Fondation Lenval**	**CLCC Lacassagne de Nice**	
		(13) Bouches-du-Rhône	**AP-HM La Timone** = coordination OIR ONCOSOLEIL		
		(83) Var			
		(84) Vaucluse			

Réforme territoriale			Organisation hospitalière interrégionale de recours en oncologie pédiatrique (OIR)		
Région	**Ancienne région**	**Départements**	**31 Centres spécialisés en cancérologie pédiatrique**	**16 Autres sites partenaires reconnus par les OIR (notamment radiothérapie)**	**OIR**
Rhône-Alpes - Auvergne	**Rhône-Alpes**	(01) Ain			**OIR Rhône-Alpes - Auvergne (AURACLE)** coordination = CLCC Lyon
		(07) Ardèche			
		(26) Drôme			
		(38) Isère	**CHU de Grenoble**		
		(42) Loire	**CHU de Saint-Etienne**		
		(69) Rhône	**HCL Lyon** **CLCC de Lyon** = coordonnateur OIR AURACLE		
		(73) Savoie			
		(74) Haute-Savoie			
	Auvergne	(03) Allier			
		(15) Cantal			
		(43) Haute-Loire			
		(63) Puy-de-Dôme	**CHU de Clermont-Ferrand**	**CLCC de Clermont-Ferrand**	
Guadeloupe	**Guadeloupe**	(971) Guadeloupe			***Pas d'OIR***
Martinique	**Martinique**	(972) Martinique			***Pas d'OIR***
Guyane	**Guyane**	(973) Guyane			***Pas d'OIR***
Océan-Indien	**Océan-Indien**	(974) La Réunion	**CHRU Félix Guyon**		**OIR IDF/Ile de la Réunion (CANPEDIF)** coordination = IDF (IGR)
		(976) Mayotte			***Pas d'OIR***

ANNEXE 3

ACTIONS HORS CHAMP DE L'INSTRUCTION RELATIVES À L'ACCÈS DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES À L'INNOVATION ET AUX ESSAIS CLINIQUES

Afin d'éviter toute confusion et disposant déjà d'un grand nombre d'informations relatives à l'accès des enfants, adolescents et des jeunes adultes à l'innovation et à la recherche, ce champ d'activité n'est pas inclus dans cet état des lieux.

Fin 2014, l'INCa a labellisé un intergroupe coopérateur en cancérologie pédiatrique avec les objectifs suivants :

- développement et conduite d'essais thérapeutiques, spécialement pour optimiser les traitements et tester les désescalades de dose, afin de réduire les effets secondaires des traitements ;
- accélération et augmentation des inclusions d'enfants et d'adolescents dans les essais cliniques ;
- participation au développement des essais cliniques multi-organes, aux projets de médecine personnalisée et de médecine de précision organisés par l'INCa ;
- développement et soumission de projets de recherche translationnelle aux appels à projets de l'INCa ;
- contribution à la structuration de la recherche initiée et pilotée par l'INCa, notamment en aidant à mobiliser les chercheurs en cancérologie pédiatrique dans les programmes pluridisciplinaires, comme le prochain programme de recherche pluridisciplinaire en oncopédiatrique.

En 2015, 6 des 16 centres CLIP[1] ont été labellisés par l'INCa pour leur expertise en pédiatrie. Ils sont situés à Villejuif (Gustave Roussy associé à l'hôpital Trousseau et l'hôpital Robert Debré), Paris (Institut Curie), Nantes (CHU et ICO), Marseille (AP-HM), Lyon (iHOPE) et Lille (CHU et centre Oscar Lambret). Ils prennent part au réseau européen dédié aux thérapies innovantes pour les enfants atteints de cancer (ITCC). Ils ont tous déjà inclus des enfants dans des essais cliniques de phase précoce. Ces centres sont labellisés pour 4 ans avec un financement de l'INCa et de la Ligue nationale contre le cancer. Chacun d'eux a mis en place une structure et un personnel dédiés aux essais cliniques. Leurs installations sont adossées à celles des CLIP pour les adultes, renforçant ainsi les liens entre eux et permettant le partage d'expertise.

Ces centres traitent à la fois les tumeurs solides et les cancers hématologiques. Ils vont également se focaliser sur la médecine de précision. La labellisation et le financement des centres vont permettre aux laboratoires pharmaceutiques internationaux de collaborer avec les CLIP pour la mise en place d'essais précoces testant des molécules innovantes. Ces CLIP vont également proposer la mise en place de nouvelles méthodes de développement de médicaments.

[1] Centres labellisés INCa d'essais cliniques de phase précoce.

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 des plateaux techniques
et des prises en charge
hospitalières aiguës

Institut national du cancer

Pôle santé publique et soins

Département organisation
et parcours de soins

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

NOR : *AFSH1614476J*

Validée par le CNP le 27 mai 2016. – Visa CNP 2016-88.

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 : conformément aux objectifs fixés par le troisième plan cancer, la présente instruction fixe les objectifs à atteindre et les organisations à mettre en œuvre au niveau régional afin d'améliorer la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

Mots clés : cancérologie – organisation et parcours de soins – plan cancer – adolescents et jeunes adultes.

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 (ayant valeur réglementaire) pour les pratiques des traitements du cancer par chimiothérapie, par radiothérapie, par chirurgie des traitements du cancer pour les enfants et adolescentes de moins de 18 ans ;

Action 2.13 du plan cancer 2014-2019.

Annexes :

Annexe 1. – Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine, par tranche d'âge et répartition en fréquence (2006-2010).

Annexe 2. – Trame du rapport d'activité annuel attendu des organisations régionales coordonnées de prise en charge des adolescents et jeunes adultes (AJA) atteints de cancer.

Annexe 3. – Analyse de la répartition des établissements de santé autorisés en cancérologie impliqués dans le traitement des cancers des adolescents et jeunes adultes.

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

En dépit des progrès accomplis au cours des dernières années, la situation des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer (tranche d'âge des 15-24 ans) reste marquée par des indicateurs défavorables en termes de survie et d'incidence par rapport à la tranche d'âge des 0-14 ans pour plusieurs localisations de cancer.

Pour répondre à cette situation, l'Institut national du cancer et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont engagé en 2012 une expérimentation ciblée sur la prise en charge des jeunes de 15 à 24 ans. Huit équipes hospitalières, issues de cinq régions[1], ont été soutenues, à hauteur de 1,3 millions d'euros, pour organiser une réponse adaptée aux besoins. Ces dispositifs expérimentaux ont permis d'identifier un ensemble d'orientations favorisant la qualité de l'accompagnement proposé à ces jeunes.

En 2014, le troisième plan cancer consacre l'une de ses actions[2] à l'amélioration de la prise en charge des jeunes de 15 à 24 ans. Il souligne plus particulièrement la nécessité de prendre en compte les besoins propres à cette tranche d'âge et de structurer dans chaque région une organisation adaptée.

En application du plan cancer, et dans la continuité des enseignements issus de l'expérimentation lancée en 2012, la présente instruction définit les grandes lignes attendues d'une structuration régionale de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

La spécificité de la réponse à apporter aux patients adolescents et jeunes adultes sera par ailleurs intégrée dans les travaux sur l'évolution du droit des autorisations des activités de soins et équipements et matériels lourds, engagés sous le pilotage de la DGOS en application de l'article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et qui trouveront une application en cancérologie.

I. – LES OBJECTIFS D'UNE STRUCTURATION RÉGIONALE DE LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES ATTEINTS DE CANCER

La prise en charge des adolescents et jeunes adultes répond d'ores et déjà, en application de la réglementation, à des exigences particulières de qualité et sécurité des soins délivrés. Celles-ci sont définies, pour l'ensemble de la tranche d'âge 15-24 ans, par les décrets d'autorisation en cancérologie et sont complétées, pour la tranche des 15-18 ans, par les critères d'agrément spécifiques à la cancérologie pédiatrique.

En complément des dispositions réglementaires actuelles, les particularités des adolescents et jeunes adultes nécessitent des adaptations de l'offre de soins qui doivent prendre effet dès aujourd'hui.

L'organisation régionale de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes devra s'articuler autour de deux objectifs prioritaires.

I-*a)* **Organiser la double contribution de la cancérologie adulte et pédiatrique aux décisions thérapeutiques prises**

Une attention particulière doit être portée sur les conditions dans lesquelles s'opèrent les propositions thérapeutiques pour les patients de cette tranche d'âge.

Les données scientifiques, ainsi que l'expérience acquise par les équipes participant à l'expérimentation nationale, montrent clairement l'intérêt de croiser les compétences en cancérologie adulte et pédiatrique pour renforcer la qualité des propositions thérapeutiques, l'accès aux essais cliniques et aux innovations des 15-24 ans.

L'organisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) aux niveaux régionaux et inter régionaux doit prendre en compte cet objectif et mobiliser, à l'appui des décisions thérapeutiques prises pour les jeunes de 15 à 24 ans, la double compétence cancérologue adulte/cancérologue pédiatre.

Les adaptations attendues des RCP seront toutefois différentes selon la tranche d'âge concernée :

– s'agissant des réunions de concertation pluridisciplinaires interrégionales, qui sont compétentes pour statuer sur les dossiers des enfants et adolescents : il est essentiel qu'elles associent la présence d'un cancérologue adulte lors de l'examen de la situation de tout jeune de 15 à 18 ans ;
– s'agissant des réunions de concertation pluridisciplinaires statuant sur la situation des patients adultes : il est recommandé de rechercher l'avis complémentaire d'un cancérologue pédiatre pour les situations des jeunes adultes de 18 à 24 ans. La mobilisation de cet avis pédiatrique est particulièrement importante pour les localisations de cancer qui sont caractérisées par une fréquence accrue chez l'enfant (annexe 1).

[1] Régions concernées dans leur ancienne configuration : Nord-Pas-de-Calais (devenue région Nord-Pas-de-Calais – Picardie) ; Aquitaine (devenue région Poitou-Charente - Limousin - Aquitaine) ; Rhône-Alpes (devenue région Rhône-Alpes - Auvergne) ; Île-de-France ; Pays de la Loire.

[2] Action 2.13.

La mise en œuvre de cet objectif implique une grande diversité de partenaires (établissements de cancérologie adulte et pédiatrique ; organisations interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique, compétentes en termes d'organisation des RCP interrégionales ; réseaux régionaux de cancérologie). Elle ne pourra être réalisée qu'avec la mobilisation de l'ensemble de ces acteurs, sous l'impulsion des ARS, et devra faire l'objet d'une évaluation par ces dernières.

I-*b)* **Assurer un accompagnement adapté aux enjeux et leviers d'implication dans les soins propres à ces patients**

Les patients de 15-24 ans sont confrontés, au cours de leur parcours, à des enjeux propres à cette tranche d'âge : adhésion aux traitements et observance, continuité des études par la réinsertion dans le circuit scolaire et/ou universitaire, insertion/réinsertion professionnelle.

Ces éléments sont susceptibles d'impacter la qualité et la continuité des prises en charge et doivent être anticipés. Ils justifient la mobilisation d'un « panier de soins et services » adapté, avec le concours de l'ensemble des acteurs (établissements de santé autorisés en cancérologie, organisations dédiées aux adolescents et jeunes adultes, réseaux régionaux, etc.), dans le cadre d'une organisation qui veille à la bonne coordination des parcours concernés. L'utilisation des outils issus du numérique, particulièrement adaptée à cette population, devra être soutenue.

a) L'accès à des soins de support adaptés

La prise en charge en soins de support fait partie intégrante des soins proposés en cancérologie adulte ou pédiatrique. Pour autant, face aux besoins particuliers des adolescents et jeunes adultes, il semble nécessaire de renforcer cette composante et d'adapter les prestations proposées.

L'organisation régionale coordonnée qui sera mise en place en faveur des 15-24 ans, devra intégrer les dimensions suivantes.

L'accompagnement psychique et social de ces jeunes

Il doit être soutenu en raison de l'interdépendance de ce suivi avec l'efficacité des traitements et la qualité de la vie après cancer. Une attention particulière doit être portée à la réalisation d'un bilan initial des besoins et à sa réévaluation régulière ; à la formation-sensibilisation des professionnels chargés de cet accompagnement.

L'accès des 15-24 ans à des programmes d'activité physique adaptée

Cet accès doit être favorisé compte tenu des données qui montrent que la pratique d'un programme d'activité physique adapté, instauré précocement, contribue à l'amélioration de la santé, diminue le niveau de fatigue et d'anxiété et favorise le maintien ou le retour à la vie normale. Une organisation des établissements de santé avec les acteurs de l'activité physique adaptée devra être favorisée au niveau territorial. Elle devra permettre de répondre à la diversité des besoins des patients et des cadres possibles de leur réalisation : association sportive bénéficiant d'éducateurs formés aux spécificités des personnes atteintes de cancer, prescription de kinésithérapie en ambulatoire, stage de réadaptation physique en SSR, etc.

L'accès aux techniques de préservation de la fertilité et la prise en charge des troubles de la sexualité

Il convient d'organiser la sensibilisation des professionnels afin de permettre une information des jeunes patients et l'orientation adaptée vers les professionnels compétents identifiés (professionnels de la reproduction, professionnels compétents dans le champ de l'onco-sexologie, etc.).

L'accès aux traitements de la douleur et aux soins palliatifs

La réponse à ces besoins doit pouvoir s'appuyer sur une intervention coordonnée des équipes de cancérologie et des dispositifs spécialisés que sont les centres de traitement de la douleur chronique et les dispositifs existants dans le champ des soins palliatifs unités de soins, équipes mobiles, mais également, dans le champ pédiatrique, équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP). Le lien doit être organisé avec ces différents dispositifs afin de faciliter l'accès des jeunes patients à une prise en charge adaptée à leur situation. Les ERRSPP constituent, en particulier, une ressource importante à prendre en compte pour soutenir les professionnels dans l'approche des situations palliatives touchant les adolescents.

De nombreux soins de support sont déjà organisés en pédiatrie ; ceux-ci doivent être confortés et adaptés aux spécificités des jeunes de 15-24 ans. Une attention particulière doit par ailleurs être portée à la prise en charge en soins de support des jeunes patients traités dans les établissements

de cancérologie adulte. L'enjeu est d'intégrer les besoins spécifiques des adolescents et des jeunes adultes dans les dispositifs de soins de support des adultes. La proposition de cet accompagnement doit être systématique et réitérée à différents temps des traitements.

b) La coordination spécifique des parcours pour garantir la qualité des prises en charge

Les adolescents et jeunes adultes doivent pouvoir bénéficier d'une coordination de l'ensemble des intervenants médicaux hospitaliers et de premier recours autour de leur prise en charge. L'objectif est d'éviter les ruptures des parcours et de favoriser l'observance des traitements.

Pour répondre à ces enjeux, notamment face aux situations les plus complexes, il pourra être utile de mobiliser des fonctions de coordination des parcours de type « infirmiers de coordination en cancérologie » (IDEC).

Il conviendra par ailleurs de veiller à la coordination des professionnels autour de deux phases clés des parcours des adolescents et jeunes adultes : le passage à l'âge adulte et l'après cancer. L'organisation mise en place en région devra permettre d'anticiper et de prendre en compte ces deux aspects et d'impliquer le médecin traitant.

II. – LES PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF RÉGIONAL

C'est par une organisation régionale coordonnée, mobilisant l'ensemble des établissements de santé autorisés en oncologie adulte et pédiatrique et en lien avec les acteurs de proximité auprès de ces jeunes, que pourra être améliorée la prise en charge des 15-24 ans.

Cette organisation régionale coordonnée pourra plus particulièrement s'appuyer sur deux acteurs clés dont l'intervention est complémentaire : une ou des équipes régionales chargées d'intervenir en appui des établissements de cancérologie pour renforcer la prise en charge des patients adolescents et jeunes adultes ; le réseau régional de cancérologie qui, par ses actions de formation, d'audit qualité et renforcement de la lisibilité de l'offre, peut soutenir la qualité de prise en charge des patients de 15-24 ans.

II-*a)* **La mise en place d'une équipe pluridisciplinaire régionale en appui des parcours des 15-24 ans**

Il est recommandé de mettre en place, à la faveur des crédits spécifiques délégués au plan national en 2012 (1,3 M€) puis 2016 (0,7 M€), une équipe pluridisciplinaire régionale permettant d'apporter un appui aux parcours des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer et des professionnels impliqués dans leur prise en charge.

Il s'agit d'un premier niveau de réponse aux besoins constatés de ces jeunes, qui doit permettre d'améliorer l'évaluation de leurs besoins et les prestations d'accompagnement qui leur sont proposées. L'objectif est de tendre vers la prise en compte des besoins des jeunes issus de l'ensemble du territoire régional.

Ce dispositif n'exclut pas le fonctionnement éventuellement concomitant d'autres organisations (unités d'hospitalisation dédiées à la prise en charge des 15-24 ans, réseaux territoriaux pédiatriques ou adultes, etc.) avec lesquelles une complémentarité d'intervention devra être établie.

a) Missions des équipes

Les missions des équipes régionales consistent essentiellement en un appui aux parcours des adolescents et jeunes adultes et des professionnels qui interviennent auprès d'eux. Les équipes régionales interviennent en appui des établissements de santé autorisés en cancérologie et des professionnels pour identifier les besoins, orienter de façon adaptée et s'assurer de la réalisation des prises en charge.

Pour cela, elles interviendront dans plusieurs champs : information et conseil du jeune et de son entourage ; orientation ; appui à la prise en charge en soins de support ; lien avec les acteurs des champs social, éducatif, professionnel, pour favoriser le maintien de l'insertion du jeune tout au long de son parcours.

Les équipes régionales pourront par ailleurs contribuer ponctuellement à des actions plus générales favorisant la prise en compte, dans les pratiques professionnelles, des spécificités des besoins des adolescents et jeunes adultes. Ils interviendront dans ce domaine, en appui en particulier des réseaux régionaux de cancérologie, pour favoriser :

– la formation et la sensibilisation des professionnels aux spécificités des 15-24 ans ;

– la conduite d'actions d'évaluation et de recherche dans le champ des adolescents et jeunes adultes, avec l'identification de thématiques pertinentes de recherche ;
– le développement des outils de « santé connectée » au bénéfice de ces jeunes.

b) Principes de fonctionnement

Les choix régionaux qui présideront à l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire doivent permettre de soutenir le plus grand nombre possible de parcours d'adolescents et jeunes adultes sur le territoire régional.

Pour y parvenir, une organisation concertée entre les principaux établissements de santé intervenant dans la prise en charge des cancers des 15-24 ans doit-être recherchée.

Par ailleurs, l'équipe pluridisciplinaire, rattachée à un (ou plusieurs) établissements de santé autorisés en cancérologie, pourra le cas échéant prévoir la mobilité de ses personnels.

Enfin, pour faciliter les interventions de l'équipe régionale auprès du plus grand nombre de jeunes, les projets sont appelés à s'appuyer sur les nouveaux outils de communication et outils dits de « santé connectée ».

Les principes détaillés de fonctionnement de l'équipe (lieu de rattachement, contribution à son fonctionnement des différents établissements de santé, mobilité éventuelle, etc.) seront définis en fonction des particularités de l'offre et des besoins régionaux.

c) Ressources du dispositif

Pour assurer les missions citées plus haut, l'équipe régionale est pluriprofessionnelle et pourra, selon les priorités constatées localement, intégrer les compétences suivantes :
– coordination de parcours (compétence médicale et/ou infirmière de coordination);
– psychologue ;
– assistant social.

II-*b)* **La mobilisation des compétences des réseaux régionaux en cancérologie au profit de la prise en charge des 15-24 ans**

Trois axes de travail sont particulièrement importants à conduire, au plan régional pour favoriser la qualité et la continuité de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer : la sensibilisation/formation large des professionnels aux spécificités de cette tranche d'âge ; la lisibilité de l'offre ; le développement de la qualité des prises en charge.

Dans ces trois domaines, les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) représentent un appui important et doivent pleinement mobiliser leurs capacités d'action en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer.

Plusieurs types de contribution des RRC à l'organisation régionale coordonnée de la prise en charge des 15-24 ans peuvent être développés.

Action de sensibilisation des acteurs de la cancérologie aux spécificités de la prise en charge des 15-24 ans

Les réseaux régionaux ont un rôle essentiel à jouer pour impulser et conduire des actions de formation sur ce thème et déployer les formations concernées auprès de l'ensemble des acteurs hospitaliers, mais également de premier recours.

Action de lisibilité de l'offre de prise en charge des adolescents et jeunes adultes

L'objectif est de faire connaître aux professionnels l'existence et les ressources développées par l'équipe régionale et par toute autre organisation en faveur des 15-24 ans, afin d'en faciliter l'accès. De ce fait, la constitution ou mise à jour d'annuaires de ressources dans le champ de la prise en charge des 15-24 ans est une priorité.

Appui aux évolutions organisationnelles et accompagnement du changement

Les réseaux pourront venir en appui des ARS et professionnels régionaux pour accompagner la mise en place de l'organisation régionale coordonnée des adolescents et jeunes adultes. À titre d'exemple, ils pourront contribuer à la qualité de l'organisation et du fonctionnement des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en faveur des 15-24 ans. Ils pourront également analyser, *via* l'analyse des données issues des fiches informatisées des RCP, l'évolution de l'inclusion des jeunes concernés dans le dispositif.

Pour conduire ces actions, le réseau régional mobilisera le ou les organisations hospitalières interrégionales de recours en cancérologie pédiatrique.

III. – LA DÉMARCHE PROJET ET LE SUIVI DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF

III-*a)* **Le soutien financier national déployé à l'appui du dispositif régional de prise en charge des adolescents et jeunes adultes**

Pour accompagner cette structuration dans l'ensemble des régions, un financement national de 2 millions d'euros a été délégué en deux phases successives.

Dès 2012, dans un cadre encore expérimental, cinq anciennes régions[3] ont reçu un financement permettant d'amorcer ce dispositif. Il est désormais attendu des régions concernées qu'elles mettent en conformité les huit projets en place avec les orientations définies par le présent cadre national. Il est notamment essentiel qu'une envergure régionale soit obtenue des projets pour bénéficier au plus grand nombre possibles de jeunes dans les régions concernées. Les régions impactées par la réforme territoriale devront définir une organisation permettant de prendre en compte les besoins de l'ensemble du nouveau territoire régional.

Le financement a été étendu début 2016 à l'ensemble des régions[4]. Celles-ci devront, d'ici fin 2016, avoir mis en place l'organisation cible déclinée par la présente instruction.

III-*b)* **La conduite de projet**

Conduite de projet au niveau régional

La situation des régions au regard de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes est très disparate, avec dans certains cas des éléments déjà présents de la structuration attendue et, dans d'autres cas, des besoins ou difficultés particuliers à prendre en compte.

La mise en œuvre de la présente instruction devra par conséquent passer par un état des lieux préalable de la situation régionale permettant d'identifier l'offre en place et les besoins prioritaires à satisfaire. Dans cette démarche projet, il est recommandé aux ARS de conduire une concertation large des acteurs concernés, issus de la cancérologie adulte et pédiatrique, gage de leur implication future dans le dispositif régional.

Appui national de la démarche

Pour aider à la démarche d'état des lieux, préalable à la mise en place de l'organisation régionale, la présente instruction propose en annexe 3 une analyse des principaux établissements de santé impliqués dans la prise en charge en hospitalisation des jeunes de 15 à 24 ans en lien avec une pathologie de cancer (bases PMSI MCO 2013).

Par ailleurs, un suivi de cette structuration régionale en faveur des adolescents et jeunes adultes sera mis en place au niveau national. Il sera appuyé sur la rédaction par les équipes régionales d'un rapport d'activité annuel dont la trame est jointe en annexe 2. Ce suivi aura pour finalité de rendre compte de la mise en œuvre de cet objectif majeur du plan cancer 2014-2019. Il permettra également d'alimenter la réflexion sur les besoins d'évolution de l'offre de soins en cancérologie et de la réglementation s'agissant des soins délivrés aux 15-24 ans.

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 et murielle.rabord@sante.gouv.fr) et de l'INCa (efournie@institutcancer.fr).

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armanteras de Saxcé

Le président de l'INCa par interim,
T. Breton

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

[3] Aquitaine, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes.

[4] 8 régions métropolitaines (Alsace-Champagne Ardenne-Lorraine ; Bourgogne-Franche Comté ; Bretagne ; Centre-Val de Loire ; Corse ; Languedoc-Roussillon-Midi Pyrénées ; Normandie ; Provence-Alpes-Côte d'Azur) et les 4 DOM (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Océan Indien).

ANNEXE 1

INCIDENCE DES CANCERS DE L'ENFANT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, PAR TRANCHE D'ÂGE ET RÉPARTITION EN FRÉQUENCE (2006-2010)

396 - INCIDENCE DES CANCERS DE L'ENFANT EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, PAR TRANCHE D'ÂGE ET RÉPARTITION EN FRÉQUENCE (2006-2010)

Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine, par tranche d'âge et répartition en fréquence (2006-2010)

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	Effectif moyen annuel	Incidence (par million)					
		%	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	0-14 ans
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	495	28,5 %	42,0	69,5	37,8	28,2	43,3
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	196	11,3 %	4,4	9,0	15,2	28,0	17,1
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	418	24,1 %	38,9	43,8	35,6	31,5	36,6
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	146	8,4 %	69,5	23,8	4,2	1,0	12,8
V. Rétinoblastomes	51	3,0 %	28,3	9,2	0,3	0,0	4,5
VI. Tumeurs rénales	101	5,8 %	18,0	21,1	5,3	0,8	8,9
VII. Tumeurs hépatiques	18	1,0 %	6,2	2,8	0,4	0,8	1,6
VIII. Tumeurs malignes osseuses	83	4,8 %	0,3	1,3	7,0	13,8	7,3
IX. Sarcomes des tissus mous et extra-osseux	112	6,4 %	14,4	11,5	8,6	8,5	9,8
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	60	3,5 %	16,5	3,7	2,5	7,0	5,3
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	50	2,9 %	1,3	1,6	2,5	9,0	4,4
XII. Autres tumeurs malignes	3	0,2 %	0,5	0,6	0,2	0,0	0,3
Total	1 733	100,0 %	240,2	198,0	116,9	131,6	151,8

Source : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant, 2006-2010. ICCC : International classification of childhood cancer.
Traitement : INCa 2015

ANNEXE 2

TRAME DU RAPPORT D'ACTIVITÉ ANNUEL ATTENDU DES ORGANISATIONS RÉGIONALES COORDONNÉES DE PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (AJA) ATTEINTS DE CANCER

Etablissement(s) de rattachement de l'équipe régionale AJA:
Nom du coordonnateur de projet :
Adresse Email :
Téléphone :

I/ ORGANISATION GÉNÉRALE DU DISPOSITIF AJA RÉGIONAL

→ Date de mise en place de l'organisation régionale coordonnée de prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer :
……
→ Liste des établissements de santé participant à l'organisation régionale AJA
……
……
……
→ Description des ressources mobilisées au profit de l'équipe pluridisciplinaire AJA (en ETP – personnel en place au 31/12/2016) :
- Temps de coordination médicale : ……
- Temps infirmier : ……
- Temps assistant social : ……
- Temps de psychologue : ……
- Autre personnel mobilisé : ……

→Mode d'organisation retenu pour l'équipe pluridisciplinaire AJA :
- Mobilité prévue sur le territoire : oui/non
- Si oui, pour quel(s) champ(s) de compétences ?

……

→ Liste des partenariats formalisés engagés à l'appui de l'organisation coordonnée régionale AJA :
- Dans le champ des établissements médico-sociaux : ……

……
- Etablissements scolaires, universités, formations professionnelles : ……

……
- Associations : ……
- Autres (à préciser) : ……

→ Analyse des difficultés de fonctionnement éventuellement rencontrées (au cours de l'année 2016) :
……
……

II/ ACTIVITÉ DE L'EQUIPE REGIONALE AJA

→ Activité de l'équipe en termes d'appui aux parcours AJA:

- Nombre de nouveaux patients pris en charge dans le cadre de l'organisation coordonnée AJA (au cours de l'année 2016) :

— nouveaux patients adolescents (15-18 ans) : ……
— nouveaux patients adultes (18-24 ans) : ……

● File active de patients pris en charge dans le cadre de l'organisation coordonnée AJA (au cours de l'année 2016) :

— file active patients adolescents (15-18 ans) : ……..
— file active patients adultes (18-24ans) : ……..

● Nombre de consultations de l'équipe pluridisciplinaire AJA recensées en appui des parcours AJA (au cours de l'année 2016) : ……..
— dans le champ infirmier : ……..
— dans le champ social : ……..
— dans le champ psycho : ……..
— autre champ (à préciser) : ……..

→ Activité de l'équipe en termes de contribution à des actions générales en lien avec la prise en charge des AJA :

● Retours d'expérience dans le champ de la formation/sensibilisation des professionnels aux spécificités des AJA :
……..

● Retours d'expérience dans le champ de l'évaluation et de la recherche :
……..

● Retours d'expérience dans le champ du développement des outils de santé connectée en faveur des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer :
……..

III/ ORGANISATION DES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE AJA

→ Organisation et activité des RCP statuant sur les dossiers des adolescents (tranche d'âge 15-18 ans) :

● Nombre de patients adolescents (15-18 ans) dont le dossier a été discuté en RCP en présence d'un cancérologue adulte :
……

● Descriptif de l'organisation retenue pour ces RCP inter régionales statuant sur les 15-18 ans :
— RCP dédiée : oui/non
— Temps dédié d'une RCP pédiatrique : oui/non
— Autre (à préciser) :
……

→ Organisation et activité des RCP statuant sur les dossiers des jeunes adultes (tranche d'âge 18-24 ans) :

● Nombre de patients adolescents (18-24 ans) dont le dossier a été discuté en RCP en présence d'un cancérologue pédiatre) :
……

● Descriptif de l'organisation retenue pour les RCP mixtes statuant sur les 18-24 ans :
— RCP dédiée : oui/non
— Si oui, à quel niveau (inter régional ? régional ? territorial ? établissement ?) :
……..
— Temps dédié d'une RCP adulte : oui/non
— Autre (à préciser) : ……..

ANNEXE 3

ANALYSE DE LA RÉPARTITION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ AUTORISÉS EN CANCÉROLOGIE IMPLIQUÉS DANS LE TRAITEMENT DES CANCERS DES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (AJA)

Région	Nom de l'établissement géographique	Nb de patients AJA pris en charge en 2014	Etablissements ayant pris en charge au moins 8 patients AJA pour les régions métropolitaines, au moins 1 patient AJA pour les DOM
Champagne-Ardennes-Lorraine-Alsace	CRLCC "PAUL STRAUSS"	204	28
	HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL	204	35
	HOPITAL DE HAUTEPIERRE	204	91
	CLINIQUE SAINTE-ANNE	204	10
	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	204	8
	HOPITAL DU HASENRAIN	204	8
	HOPITAL EMILE MULLER	204	22
	HOPITAL LOUIS PASTEUR	204	13
	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	158	8
	HOPITAL ROBERT DEBRE CHU REIMS	158	37
	AMERICAN MEMORIAL HOSPITAL CHU REIMS	158	37
	HOPITAL MAISON BLANCHE CHU REIMS	158	17
	POLYCLINIQUE DE COURLANCY	158	17
	INSTITUT JEAN GODINOT	158	24
	INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LORRAINE	229	46
	CHU NANCY - HOPITAL CENTRAL	229	16
	CHU NANCY - HOPITAUX DE BRABOIS	229	97
	HOPITAL BELLE-ISLE - METZ	229	9
	CHR METZ THIONVILLE - HOPITAL DE MERCY	229	19
Poitou-Charentes-Limousin-Aquitaine	INSTITUT BERGONIE	348	62
	CLINIQUE TIVOLI-DUCOS	348	9
	POLYCLINIQUE BORDEAUX RIVE DROITE	348	12
	POLYCLIN BORDEAUX-NORD AQUITAINE	348	13
	HOPITAL SAINT-ANDRE - CHU	348	20
	GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN - CHU	348	101
	HOPITAL HAUT-LEVEQUE - CHU	348	95
	CENTRE HOSPITALIER DE MONT DE MARSAN	348	9
	C.H.I.C. COTE BASQUE - BAYONNE	348	16
	CENTRE HOSPITALIER DE PAU	348	10
	CENTRE HOSPITALIER DUBOIS BRIVE	78	11
	C H U DUPUYTREN LIMOGES	78	43
	HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT	78	16
	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME	137	11
	GROUPE HOSP. LA ROCHELLE-RE-AUNIS	137	16
	POLYCLINIQUE DE POITIERS	137	9
	CHU LA MILETRIE	137	71
Auvergne-Rhône Alpes	CLCC AUVERGNE JEAN PERRIN	124	30
	POLE SANTE REPUBLIQUE	124	9
	CHU G. MONTPIED	124	21
	CHU ESTAING	124	61
	CH DE VALENCE	795	17
	CH DE ROMANS	795	8
	GROUPE HOSPIT. MUTUALISTE DE GRENOBLE	795	12

	HOPITAL NORD	795	132
	CLINIQUE DES CÈDRES	795	8
	CLINIQUE BELLEDONNE	795	16
	HÔPITAL PRIVÉ DE LA LOIRE	795	13
	INSTITUT CANCÉROLOGIE LUCIEN NEUWIRTH	795	24
	CLINIQUE DU PARC ST PRIEST EN JAREZ	795	9
	HOPITAL NORD	795	57
	CTRE MÉDICO-CHIR RÉADAPT DES MASSUES	795	15
	CENTRE LEON BERARD	795	151
	HOPITAL PRIVE JEAN MERMOZ	795	13
	CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE	795	11
	HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT	795	30
	IHOP	795	35
	HÔPITAL ÉDOUARD HERRIOT	795	27
	CH LYON SUD	795	88
	HÔPITAL DE LA CROIX-ROUSSE	795	12
Auvergne-Rhône Alpes	HÔPITAL NEUROLOGIQUE PIERRE WERTHEIMER	795	28
	HÔP CARDIO-VASC ET PNEUMO LOUIS PRADEL	795	23
	CH ST JOSEPH ST LUC	795	11
	CH DE CHAMBÉRY	795	21
	CH ANNECY-GENEVOIS SITE ANNECY	795	25
	CENTRE HOSPITALIER ALPES-LEMAN	795	9
Normandie	CENTRE HOSPITALIER DE LISIEUX	127	8
	CHU COTE DE NACRE - CAEN	127	57
	CRLCC FRANCOIS BACLESSE - CAEN	127	40
	CRLCC HENRI BECQUEREL ROUEN	180	48
	CLINIQUE MATHILDE ROUEN	180	11
	CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	180	10
	HOPITAL JACQUES MONOD CH LE HAVRE	180	15
	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	180	72
Bourgogne-Franche Comté	HÔPITAL LE BOCAGE CHU DIJON	133	69
	CLCC GEORGES-FRANCOIS LECLERC	133	30
	C.H DE L'AGGLOMÉRATION DE NEVERS	133	8
	CHRU JEAN MINJOZ	102	70
Bretagne	CENTRE HOSPITALIER YVES LE FOLL	296	16
	CHP SITE STE THERESE	296	9
	CHRU BREST SITE HOPITAL MORVAN	296	37
	CHRU BREST SITE HOPITAL CAVALE BLANCHE	296	19
	CHIC QUIMPER	296	13
	CHP SAINT GREGOIRE	296	8
	C.R.L.C.C. EUGENE MARQUIS	296	42
	HOPITAL PRIVE SEVIGNE	296	12
	CHRU RENNES SITE PONTCHAILLOU	296	73
	CHRU RENNES SITE HOPITAL SUD	296	46
	CHBS- HÔPITAL DU SCORFF	296	20
	HÔPITAL PRIVÉ OCÉANE	296	9

	CHBA SITE DE VANNES	296	11
Centre	CH DREUX	195	9
	CHRU CLOCHEVILLE - TOURS	195	16
	CHRU BRETONNEAU - TOURS	195	50
	CHRU TROUSSEAU - CHAMBRAY	195	25
	PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI	195	22
	POLYCLINIQUE BLOIS	195	8
	CHRO - HÔPITAL MADELEINE	195	14
	CHRO - HÔPITAL LA SOURCE -	195	17
Corse	CLINISUD	29	13
GUADELOUPE	C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	143	18
	CLINIQUE "LES EAUX CLAIRES"	143	4
MARTINIQUE	CHU DE MARTINIQUE SITE P.ZOBDA QUITMAN	143	6
	CHU DE MARTINIQUE SITE DE TRINITE	143	2
	CHU DE MARTINIQUE SITE MANGOT VULCIN	143	4
	CHU DE MARTINIQUE SITE DE CLARAC	143	2
	CHU DE MARTINIQUE SITE MERE ENFANT	143	3
GUYANE	CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	143	6
REUNION-MAYOTTE	G.H.E.R. SAINT-BENOIT	143	3
	CLINIQUE SAINT VINCENT	143	2
	CLINIQUE SAINT PAUL	143	1
	CHU SITE NORD	143	44
	CHU SITE SUD (SAINT PIERRE)	143	31
	CENTRE HOSPITALIER GABRIEL MARTIN	143	5
	CLINIQUE DURIEUX	143	2
	CLINIQUE LES ORCHIDEES	143	5
	CLINIQUE DE SAINTE-CLOTILDE	143	7
	CLINIQUE AVICENNE	143	4
REUNION-MAYOTTE	CHM	143	11
Ile-de-France	GPE HOSP SAINT-JOSEPH	1849	16
	FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ROTHSCHILD	1849	14
	HIA DU VAL DE GRACE	1849	14
	CENTRE HOSPITALIER STE-ANNE	1849	12
	INSTITUT MUTUALISTE MONTSOURIS	1849	14
	INSTITUT CURIE	1849	123
	INSTITUT CURIE-CENTRE RENE HUGUENIN	1849	19
	CLINIQUE GEOFFROY SAINT-HILAIRE	1849	24
	CLINIQUE PARIS V	1849	10
	CLINIQUE DE L'ALMA	1849	9
	HU-SAINT LOUIS SITE LARIBOISIERE-APHP	1849	18
	HU-SAINT LOUIS SITE SAINT LOUIS - APHP	1849	210
	HU-EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	1849	60
	HU-EST PARISIEN SITE TROUSSEAU APHP	1849	49
	HU-P.SALPETRIERE SITE SALPETRIERE-APHP	1849	128
	HU-PARIS CENTRE SITE COCHIN APHP	1849	95

	HU NECKER ENFANTS MALADES APHP	1849	83
	HU-PARIS NORD SITE BICHAT - APHP	1849	17
	HU-EST PARISIEN SITE TENON APHP	1849	32
	HU-PARIS OUEST SITE G.POMPIDOU APHP	1849	49
	HU ROBERT DEBRE APHP	1849	57
	HU-PARIS IDF SITE AMBROISE PARE APHP	1849	18
	HU-PARIS SUD SITE ANTOINE BECLERE APHP	1849	18
	HU-PARIS NORD SITE BEAUJON - APHP	1849	15
	HU-PARIS IDF SITE POINCARE APHP	1849	24
	HU-PARIS SSTDENIS SITE AVICENNE - APHP	1849	21
	HU-PARIS SSTDENIS SITE VERDIER - APHP	1849	9
	HU-HENRI MONDOR SITE MONDOR APHP	1849	59
	HU-PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	1849	65
	HU-PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE APHP	1849	14
	CENTRE HOSPITALIER DE FONTAINEBLEAU	1849	8
	CHI POISSY ST-GERMAIN SITE DE POISSY	1849	10
	CHI POISSY ST-GERMAIN SITE ST-GERMAIN	1849	14
	C.H. FRANCOIS QUESNAY MANTES	1849	9
	CH VERSAILLES ANDRE MIGNOT	1849	25
	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	1849	24
	CENTRE HOSPITALIER LONGJUMEAU	1849	9
	HOPITAL PRIVE JACQUES CARTIER	1849	8
	HOPITAL FOCH	1849	33
	CENTRE CHIRURGICAL MARIE LANNELONGUE	1849	34
	HIA PERCY	1849	8
	HOPITAL PRIVE D'ANTONY	1849	15
	CLINIQUE HARTMANN	1849	16
	INSTITUT GUSTAVE ROUSSY	1849	353
	CHI DE CRETEIL	1849	10
	C.H.I DE VILLENEUVE-ST-GEORGES	1849	8
	HOPITAL PRIVE ARMAND BRILLARD	1849	13
	CENTRE HOSPITALIER VICTOR DUPOUY	1849	22
	CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS	1849	16
	HOPITAL D'ENFANTS MARGENCY	1849	10
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	GROUPE HOSPITALIER CAREMEAU CHU NIMES	281	37
	ICM INSTITUT REGIONAL DU CANCER DE MTP	281	52
	HOPITAL SAINT ELOI CHU MONTPELLIER	281	28
	HOPITAL G. DE CHAULIAC CHU MONTPELLIER	281	28
	HOPITAL LAPEYRONIE CHU MONTPELLIER	281	23
	HOPITAL ARNAUD DE VILLENEUVE CHU MPT	281	61
	CLINIQUE DU PARC	281	9
Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées	CH SAINT JEAN	281	21
	CH INTERCOMMUNAL DU VAL D'ARIEGE	404	8
	C.H. DE RODEZ "HOPITAL JACQUES PUEL"	404	10
	CLINIQUE DE L'UNION	404	10

	CLINIQUE AMBROISE PARE	404	22
	CLINIQUE DES CEDRES	404	11
	HOPITAUX MERE & ENFANTS CHU TLSE	404	61
	HOPITAL LARREY CHU TOULOUSE	404	37
	CHU ONCOPOLE	404	62
	HOPITAL DE PURPAN CHU TOULOUSE	404	100
	HOPITAL DE RANGUEIL CHU TOULOUSE	404	29
	INSTITUT CLAUDIUS REGAUD	404	101
	CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE	404	10
Nord-Pas de Calais-Picardie	CLCC OSCAR LAMBRET LILLE	490	96
	HOP JEANNE DE FLANDRE CHR LILLE	490	79
	HOP CALMETTE CHR LILLE	490	28
	HOP SALENGRO - HOPITAL B CHR LILLE	490	92
	HOP CLAUDE HURIEZ CHR LILLE	490	104
	CH DUNKERQUE	490	9
	CH VALENCIENNES	490	30
	HOPITAL VICTOR PROVO	490	27
	HOPITAL PRIVE DE VILLENEUVE D'ASCQ	490	8
	HOPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE	490	15
	CH ARRAS	490	11
	HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES	490	11
	CH LENS	490	12
	HOPITAL PRIVE DE BOIS BERNARD	490	11
	CH BOULOGNE-SUR-MER	490	16
	CH SAINT-QUENTIN	155	9
	CH BEAUVAIS	155	9
	CH CHICN COMPIÈGNE	155	9
	CHU AMIENS NORD	155	48
	CHU AMIENS SALOUËL	155	51
PACA	CENTRE ANTOINE LACASSAGNE	629	39
	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	629	12
	CHU DE NICE HOPITAL PASTEUR	629	22
	CHU DE NICE HOPITAL DE L'ARCHET	629	54
	INSTITUT PAOLI CALMETTES	629	64
	HOPITAL EUROPEEN	629	18
	CLINIQUE JUGE	629	8
	CLINIQUE WULFRAN PUGET	629	2
	HOPITAL PRIVE CLAIRVAL	629	6
	HOPITAL PRIVE BEAUREGARD	629	8
	HOPITAL ST JOSEPH	629	10
	APHM HOPITAL NORD	629	47
	APHM HOPITAL DE LA CONCEPTION	629	22
	APHM HOPITAL LA TIMONE ADULTES	629	143
	APHM HOPITAL LA TIMONE ENFANTS	629	104
	POLYCLINIQUE DU PARC RAMBOT	629	11
	CLINIQUE SAINTE MARGUERITE	629	11
	CLINIQUE SAINT JEAN	629	9

	POLYCLINIQUE URBAIN V	629	8
	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT	629	17
Pays de la Loire	CHU DE NANTES :SITE HÔTEL-DIEU- HME	445	157
	CHU DE NANTES : HOPITAL G. R. LAENNEC	445	18
	ICO - SITE GAUDUCHEAU	445	76
	CLINIQUE JULES VERNE	445	14
	NOUVELLES CLINIQUES NANTAISES	445	9
	CLINIQUE MUTUALISTE DE L'ESTUAIRE	445	8
Pays de la Loire	CHU D' ANGERS :SITE LARREY	445	70
	ICO - SITE PAUL PAPIN	445	24
	CLINIQUE DE L'ANJOU	445	20
	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL	445	9
	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	445	38
	CENTRE MEDICO-CHIRURGICAL DU MANS	445	14
	CENTRE HOSPITALIER-SITE LA ROCHE/YON	445	20

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
de la performance

Bureau systèmes d'information
des acteurs de l'offre de soins
(PF5)

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

Bureau des plateaux techniques
et des prises en charge hospitalières aiguës
(R3)

Instruction nº DGOS/PF5/R3/2016/182 du 2 juin 2016 relative au service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés

NOR : *AFSH1614911J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 27 mai 2016. – Visa CNP 2016-87.

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 précise les modalités du service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés.

Mots clés : brûlé – brûlé grave – brûlure – soins continus – centre de traitement des brûlés – CTB – répertoire opérationnel des ressources – ROR – orientation – organisation des soins – disponibilité en lits.

Références :

Décret nº 2007-1240 du 20 août 2007 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux activités de traitement des grands brûlés ;

Décret nº 2007-1337 du 20 août 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables aux activités de traitement des grands brûlés ;

Instruction nº DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de répertoire opérationnel de ressources (ROR) interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015.

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 (pour mise en œuvre).

Cette instruction vise à présenter le service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés.

1. L'organisation de la prise en charge des patients brûlés et les enjeux du service d'aide à l'orientation

Chaque année 9 000 patients sont hospitalisés pour brûlures dont 30 % d'enfants (en majorité de moins de 5 ans). Il s'agit d'une activité d'urgence dont les flux ne sont pas prévisibles et font l'objet d'une saisonnalité marquée. Les centres de traitement des brûlés (CTB) ont pour obligation

de s'adapter à cette patientèle particulière dans le cadre du service public et d'une prise en charge interrégionale (SIOS). Les CTB ont une obligation de moyens (décrets de 2007) et doivent constituer une filière de soins avec la rééducation spécialisée (prévention des séquelles) et la chirurgie plastique et réparatrice (traitement chirurgical des séquelles). Cette organisation permet de prendre en charge tout type de brûlé quels que soient son âge, sa gravité et les modalités thérapeutiques à déployer (soins externes/hospitalisation). La prise en charge en CTB est ainsi multidisciplinaire faisant intervenir au quotidien anesthésistes-réanimateurs et chirurgiens plasticiens.

Ces dernières années, des épisodes de tension, en termes de disponibilité en lits, ont montré la nécessité de se doter d'un outil national permettant d'avoir une visibilité sur les lits disponibles des CTB en temps réel sur l'ensemble du territoire national, notamment pour les services de régulation. En effet, les patients brûlés ont besoin d'une prise en charge optimale dès la phase aiguë. La visibilité de l'offre de soins en lits disponibles, en urgence, pour ces patients est par conséquent primordiale.

2. **Le service d'aide à l'orientation s'appuie sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR)**

Le service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés a pour but d'optimiser la prise en charge d'un patient brûlé.

Les lits des CTB constituent une ressource de santé régionale accessible directement dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR).

Le ROR est l'outil de description des ressources de l'offre de santé de la région. Son objectif est de proposer une information exhaustive de l'offre de santé régionale et extrarégionale, sans cloisonnement entre la ville et l'hôpital, sur le champ du sanitaire, du médico-social et, à terme, du social. Un des enjeux du ROR est de répondre à des situations de crises exceptionnelles.

L'offre de santé décrite dans le ROR est l'offre de santé dite « opérationnelle » : les données décrites ont un niveau plus fin que les référentiels nationaux.

L'instruction n° DGOS/PF5/2015/114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de répertoire opérationnel de ressources (ROR) interopérable dans chaque région d'ici à la fin d'année 2015 précise d'une part, que toutes les régions doivent avoir déployé un ROR interopérable et, d'autre part, que toutes les régions doivent avoir peuplé le ROR pour les établissements de santé des activités MCO, SSR, et PSY, à échéance du 31 décembre 2015.

L'agence régionale de santé assure le pilotage du déploiement du ROR interopérable au sein de sa région.

Suite à un état des lieux réalisés en février 2016, toutes les régions sont dotées d'une unique solution ROR régionale. Depuis mai 2016, les solutions ROR communiquent entre elles et sont en capacité de restituer les informations de l'offre de santé interrégionale, dont les informations relatives à la disponibilité des lits.

Pour rappel, le déploiement du ROR correspond à l'installation technique du ROR et le peuplement du ROR correspond au renseignement de l'offre de santé par les acteurs dans le ROR au sein d'une région concernée.

3. **Les principes de fonctionnement du service d'aide à l'orientation pour la prise en charge des patients brûlés**

Les établissements de santé autorisés à l'activité de traitement des grands brûlés doivent renseigner les informations relatives à la disponibilité des lits des CTB de manière quotidienne dans le ROR de leur région.

Selon les cas, il conviendra que vous veilliez à ce que :

– les établissements de santé autorisés à l'activité de traitement des grands brûlés ayant déjà peuplé le ROR de leur région mettent en place une démarche quotidienne pour la saisie des données relatives à la disponibilité des lits des CTB dans le ROR ;

– les établissements de santé autorisés à l'activité de traitement des grands brûlés n'ayant pas peuplé le ROR de leur région mettent en place une démarche de peuplement initial ainsi qu'une démarche quotidienne pour la saisie des données relative à la disponibilité des lits des CTB dans le ROR. Pour ce faire, il convient que chaque structure renseigne la fiche opérationnelle descriptive (localisation précise de la structure, nombre de lits, principal contact, numéro de téléphone direct, le cas échéant, actes et équipements spécifiques).

La saisie des informations relatives à la disponibilité des lits d'un CTB est réalisée dans le ROR de sa région par les équipes des CTB *a minima* une fois par jour. Dans cette perspective, il conviendra

d'encourager les équipes à mettre en place une procédure de mise à jour précise permettant de disposer en temps réel du nombre de lits disponibles. La restitution des informations relatives à la disponibilité des lits d'un CTB est réalisée dans le ROR.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction à vos services, notamment ceux en charge de l'offre de soins et des systèmes d'information.

Je vous prie de bien vouloir indiquer l'opérationnalité du dispositif au bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (dgos-PF5@sante.gouv.fr) dès que celui-ci est effectif.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (dgos-PF5@sante.gouv.fr) et l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (asip-ror@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armenteras de Saxcé

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

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 des prises en charge
post aiguës, pathologies chroniques
et santé mentale

Bureau des plateaux techniques
et prises en charge hospitalières aiguës

Instruction n° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'hospitalisation à domicile

NOR : *AFSH1615336J*

Validée par le CNP le 13 mai 2016. – Visa CNP 2016-80.

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

Résumé : un dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » est mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2016. Il vise à proposer une nouvelle organisation de la prise en charge chirurgicale par la mise en œuvre d'une coordination entre un établissement MCO et un établissement d'HAD, dans le cadre d'un parcours permettant un retour plus rapide à domicile du patient tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins. Il concerne dans un premier temps des prises en charge chirurgicales ciblées avant une éventuelle extension à d'autres prises en charge MCO.

De plus, un appel à candidatures est lancé pour solliciter la participation d'établissements MCO et HAD à l'évaluation nationale de ce dispositif, prévue sur une période de deux ans. Cette évaluation nationale sera réalisée par la DGOS avec l'appui d'un prestataire extérieur. Elle intégrera un volet organisationnel et médico-économique qui doit permettre à terme la mise en œuvre d'un nouveau modèle de tarification adapté au segment de parcours MCO/HAD.

Mots clés : hospitalisation à domicile – chirurgie – raccourcissements des séjours longs.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles : L. 6111-1, L. 6113-8 , L. 6122-1, L. 6122-13, L. 6125-2, R. 6122-25, D. 6124-306 à D. 6124-311 ;

Arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Arrêté du 21 décembre 2015 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile.

Annexes :

Annexe 1. – Note technique ATIH sur les modalités de codification et la typologie des prises en charges ciblées.

Annexe 2. – Critères d'éligibilité des patients au dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie ».

Annexe 3. – Attendus de l'évaluation par les établissements MCO et HAD et modalités de candidature.

Annexe 4. – Dossier de candidature pour les établissements MCO et HAD souhaitant participer à l'évaluation nationale du dispositif.

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

La présente instruction a pour objet de présenter le dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie » mis en place dans le cadre de la campagne budgétaire 2016 ainsi que ses modalités de mise en œuvre et de suivi.

Elle vise également à solliciter la participation d'établissements MCO et HAD à l'évaluation nationale de ce dispositif, prévue sur une période de deux ans.

Ce dispositif a été concerté avec l'ensemble des acteurs dans un objectif de complémentarité avec les autres dispositifs soutenus par la DGOS et la CNAMTS (chirurgie ambulatoire, PRADO), s'adressant à des patients différents (*cf.* point I).

I. – ENJEUX ET OBJECTIFS

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé définit parmi ses orientations la nécessité de mieux organiser les parcours de santé à travers une coordination de l'ensemble des acteurs afin de garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience pour la prise en charge de la santé de la population.

La mise en œuvre de ces parcours doit permettre notamment de développer les soins pouvant être réalisés au domicile des patients lorsque l'hospitalisation avec hébergement n'est plus nécessaire.

Toutefois, dans certains cas, les patients, bien que ne nécessitant plus de rester hospitalisés dans des établissements avec hébergement, requièrent des soins complexes et un suivi rapproché trop lourds pour être réalisés uniquement sous forme de consultations libérales. L'hospitalisation à domicile (HAD) permet de répondre à cette demande car elle peut assurer, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, se différenciant de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes réalisés[1].

La mise en œuvre de parcours articulés entre le MCO et l'HAD, nécessite notamment :

– une implication des établissements MCO pour intégrer l'HAD sur de nouveaux segments d'activité, et de façon plus précoce dans les parcours des patients ;
– une mobilisation des établissements d'HAD pour mettre en œuvre les évolutions nécessaires en termes de structuration, taille critique, réactivité, professionnalisation, etc. ;
– une coordination entre ces deux structures afin d'organiser les parcours des patients.

L'activité de soins de chirurgie se prête particulièrement à cette orientation. En effet, certaines prises en charge chirurgicales requièrent des soins post opératoires dont la fréquence et la complexité imposent souvent une prolongation de l'hospitalisation en MCO. Pour autant, la sortie des patients pourrait, dans certains cas, se réaliser de façon plus précoce par la mise en œuvre d'une HAD permettant d'assurer, au domicile des patients, les soins requis tout en garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge.

Cette nouvelle organisation « HAD sortie précoce de chirurgie » est complémentaire du dispositif PRADO mis en place par la CNAMTS, l'HAD étant destinée à des patients plus lourds, non éligibles au PRADO et qui, sans mobilisation de l'HAD, resteraient hospitalisés en établissement MCO.

La mise en œuvre de l'HAD en sortie précoce de chirurgie présente ainsi un intérêt :

[1] La circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) précise les objectifs stratégiques nationaux visant à développer l'HAD à l'issue ou en substitution des séjours d'hospitalisation complète.

– pour le patient : retour plus rapide au domicile tout en ayant la garantie d'une prise en charge sûre et de qualité ; réhabilitation plus efficace et plus rapide dans l'environnement habituel du patient ;
– pour l'établissement MCO : diminution des durée de séjour en MCO ;
– pour l'établissement HAD : développement de son champ d'intervention et de ses compétences, conformément aux orientations nationales ;
– pour l'assurance maladie : un objectif, à terme, de moindre dépense globale potentielle (à évaluer dans le cadre du présent dispositif).

Pour initier ce processus, des prises en charge chirurgicales ont été ciblées sur la base des indications définies par les professionnels de santé. Ces derniers ont également précisé les besoins de la prise en charge, les soins et le suivi qui seraient nécessaires pour permettre une sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD. Ces propositions ont été concertées avec l'ensemble des acteurs lors des deux comités nationaux de pilotage du 16 avril et du 17 novembre 2015. A terme, une éventuelle extension du dispositif pourra être envisagée sur d'autres prises en charge MCO en fonction des résultats de l'évaluation.

Il convient de rappeler qu'il s'agit nécessairement de prises en charge de patients ne pouvant être réalisées dans les suites d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire (CA). En effet, l'HAD constitue un mode d'hospitalisation complète à part entière. Par conséquent, cette modalité ne peut être précédée d'un séjour de CA[2].

Le ministère privilégie depuis plusieurs années le développement de la chirurgie ambulatoire et notamment des prises en charge innovantes. Toutefois, en complément de cette orientation stratégique, et pour des patients non éligibles à cette modalité de prise en charge de CA alternative à l'hospitalisation complète, il convient de développer des prises en charge permettant un retour plus précoce et sécurisé à domicile lorsqu'il existe des besoins de soins complexes ne pouvant être réalisés en ville et requérant la mobilisation de l'HAD.

II. – PRÉSENTATION DU DISPOSITIF

II.1. **Périmètre**

Le dispositif pourra être mis en œuvre par un ou plusieurs établissement(s) MCO associé(s) à un ou plusieurs établissement(s) d'HAD, souhaitant mettre en place une coopération pour développer ces nouvelles prises en charge.

Compte tenu de l'organisation à mettre en place en amont et en aval de l'intervention chirurgicale pour garantir la qualité et la sécurité des soins et la fluidité du parcours des patients, la mise en œuvre de ce dispositif s'adresse en priorité aux établissements MCO ayant de forts volumes d'activité sur ces prises en charge ciblées et aux établissements d'HAD en capacité de prendre en charge les patients dans les indications concernées.

Trois spécialités chirurgicales ont été retenues : orthopédique, digestive et gynécologique.

Pour chacune de ces spécialités, des prises en charge chirurgicales ont été sélectionnées avec les sociétés savantes concernées sur la base d'un ensemble de critères (notamment : pertinence médicale et faisabilité, forts volumes, durées de séjours longues, etc.).

Les prises en charge suivantes sont ainsi ciblées par le dispositif (*cf.* note technique ATIH en annexe 1) :

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE	CHIRURGIE DIGESTIVE	CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
Hystérectomies : – pour tumeurs malignes – pour pathologies bénignes	*Résections rectales* *Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon*	*Fractures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter)* *Chirurgie de la scoliose chez l'enfant* *Prothèse totale du genou*

La mise en œuvre du dispositif peut porter sur tout ou partie de ces prises en charge pour les patients éligibles. Leur choix nécessite d'être examiné collégialement et doit prendre en compte la possibilité de réaliser un parcours de soins organisé en amont et en aval de l'intervention chirurgicale en lien avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge MCO/HAD.

[2] Instruction n° DGOS/R3/2015/296 du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

II.2. **Critères d'éligibilité des patients à l'HAD « sortie précoce de chirurgie »**

Des critères généraux d'éligibilité à l'HAD « sortie précoce de chirugie » ont été élaborés avec les sociétés savantes de chirurgie orthopédique, digestive et gynécologique et validés avec l'ensemble des acteurs.

Ils constituent un socle pouvant être éventuellement complété dans le cadre de la mise en œuvre opérationnelle du dispositif par les établissements MCO et HAD en fonction du contexte local (environnement interne et externe des structures, spécificités populationnelles, etc.).

Ils portent d'une part sur l'état médical du patient et d'autre part sur les conditions socio-environnementales (*cf.* critères d'éligibilité des patients en annexe 2).

Compte tenu de ces critères et de la complexité de la prise en charge en HAD, il convient de préciser que ce dispositif concernera en priorité les patients en séjour de chirurgie avec un niveau de sévérité 2 ou 3.

II.3. **Modalités de mise en œuvre par les établissements MCO et HAD**

Pour la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, il reviendra aux établissements MCO et HAD associés de définir :

– la ou les prise(s) en charge chirurgicales ciblée(s) ;
– les critères d'éligibilité des patients ;
– le nombre prévisionnel de patients pouvant entrer dans le dispositif ;
– les modalités organisationnelles envisagées notamment : l'organisation du transfert et de la sortie d'HAD, le séquençage des soins, les durées de séjour cibles en MCO et HAD, les modalités de coordination entre les équipes, l'information et l'accompagnement du patient et de son entourage, le lien avec la ville, la formation des équipes soignantes, etc.

Il est préconisé que cette démarche soit élaborée et concertée au sein des établissements MCO et HAD et fasse l'objet d'un suivi et d'une évaluation régulière avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.

Il faut souligner que la mise en œuvre du dispositif :

– nécessite l'accord du patient, celui-ci devant être dûment informé des modalités proposées ainsi que des alternatives existantes avant de faire son choix ;
– doit prendre en compte ses besoins d'information, d'éducation et d'accompagnement.

Pour rappel, la décision de transfert nécessite l'accord d'une part, du médecin en charge du patient dans l'unité de chirurgie, et d'autre part, du médecin coordonnateur de l'HAD après avis du médecin désigné par le patient.

Enfin, il convient de préciser que l'entrée dans ce dispositif ne nécessite pas une demande préalable d'autorisation ou d'agrément auprès de l'ARS. Elle est laissée à l'appréciation des établissements MCO et HAD.

II.4. **Modalités de tarification**

a) Pour les établissements HAD

À compter du 1er mars 2016, un nouveau mode de prise en charge en HAD est mis en œuvre dans le cadre du dispositif[3].

Il s'agit du mode de prise en charge no 29 « sortie précoce de chirurgie » qui a été intégré dans la nouvelle version du guide méthodologique PMSI HAD.

Il ne peut être codé qu'en mode de prise en charge principal et ne peut pas être associé avec le mode de prise en charge no 10 « post traitement chirurgical ».

Il est autorisé en EHPAD et a la même pondération que le mode de prise en charge principal no 10.

b) Pour les établissements MCO

Les séjours concernés par une sortie précoce de chirurgie ne font pas l'objet d'une modalité de tarification spécifique pour 2016 compte-tenu du faible nombre de séjours attendus en première année de montée en charge du dispositif[4].

[3] Il est à noter que le mode de prise en charge n° 10 « post traitement chirurgical » existant est inadapté au dispositif. Il concerne majoritairement des suivis de cicatrisation et n'est pas approprié à la prise en charge de patients plus lourds en raccourcissement du séjour chirurgical. De plus, il n'est pas autorisé en EHPAD.

[4] Au maximum 10 % du potentiel à terme soit 3000 séjours. Le nombre annuel total de séjours pour les prises en charge concernées représente environ 300 000 séjours. Le potentiel de développement du dispositif à terme est estimé à 10 % du nombre de ces séjours soit environ 30 000 séjours.

Toutefois, une attention particulière sera portée à l'impact économique de l'application éventuelle des bornes basses du fait de la diminution attendue des durées de séjour. Un suivi quantitatif des séjours par établissement (*cf. infra* § II.6) permettra d'identifier, le cas échéant, les pertes financières liées à l'application des bornes basses pour les séjours concernés par le dispositif. Les établissements devront ainsi veiller à l'effectivité du codage des mouvements liés au parcours du patient pour permettre le chaînage de l'information MCO/HAD.

Dans le cadre du schéma cible, afin de ne pas freiner la montée en charge du dispositif, la neutralisation éventuelle de l'impact des bornes basses dans le modèle de tarification sera étudiée pour les séjours concernés.

c) Ces modalités seront amenées à évoluer à l'issue de l'évaluation nationale

L'évaluation nationale comportera un volet médico-économique qui doit permettre à terme, le cas échéant, la mise en œuvre d'un nouveau modèle de tarification adapté au segment de parcours MCO/HAD (*cf.* point III *infra*).

II.5. **Modalités de codification**

La destination doit être renseignée par l'établissement MCO au moyen du code 6 « Vers l'hospitalisation à domicile ».

La provenance doit être renseignée par l'établissement HAD au moyen du code 1 « En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO) ».

Les modalités de codification sont détaillées en annexe n° 1 de l'instruction.

II.6. **Suivi de l'activité par l'ATIH**

Un suivi quantitatif annuel de la montée en charge du dispositif sera réalisé par l'ATIH, à destination des ARS et du ministère des affaires sociales et de la santé, par chaînage des données MCO et HAD, concernant notamment les volumes d'activité réalisés sur les gestes ciblés, les durées de séjours, etc.

Ce suivi fera l'objet de points réguliers dans le cadre du comité national de pilotage sur l'hospitalisation à domicile.

Une attention particulière sera portée à l'évolution des durées de séjour en MCO et en HAD liée à la nouvelle organisation de la prise en charge, la durée totale du séjour MCO + HAD ne devant pas excéder la durée de séjour initiale en MCO pour une même prise en charge pour des raisons d'efficience du dispositif.

III. – ÉVALUATION NATIONALE DU DISPOSITIF

III.1. **Cadre de l'évaluation nationale**

Une évaluation nationale est mise en place pour une durée de 2 ans à compter du démarrage du dispositif et intégrera un volet organisationnel et médico économique, permettant notamment :

- d'identifier les freins, les leviers, et les conditions et facteurs de réussite de la mise en œuvre de ce dispositif ;
- d'évaluer la satisfaction du patient et de son entourage ;
- de dégager les processus et pistes organisationnelles les plus efficients ;
- d'alimenter la réflexion concernant l'élaboration d'un nouveau modèle de financement adapté à ce segment de parcours MCO/HAD.

La DGOS conduira cette évaluation nationale avec l'appui d'un prestataire extérieur, notamment à partir des données d'activité et de l'analyse des organisations mises en place dans les établissements.

III.2. **Lancement d'un appel à candidatures**

Un appel à candidature est lancé pour solliciter la participation à l'évaluation nationale d'une dizaine d'établissements MCO associés à un ou plusieurs établissements d'HAD[5] (*cf.* annexe 3 détaillant les attendus de l'évaluation et les modalités d'évaluation).

[5] Un établissement d'HAD pouvant être associé à plusieurs établissements MCO.

Il vise d'une part, à engager les structures dans une démarche d'auto évaluation faisant l'objet d'un rapport intermédiaire à un an de mise en œuvre du dispositif, puis d'un rapport final au terme des deux ans et d'autre part, à apporter en tant que de besoin des contributions complémentaires pour la réalisation de l'évaluation nationale.

Les dossiers de candidature (*cf.* dossier type de candidature en annexe 4) sont à transmettre à l'ARS et à la DGOS **au plus tard le 5 août 2016** (minuit). La DGOS désignera les établissements retenus **en septembre 2016**.

Un accompagnement financier de ces établissements retenus est prévu à hauteur de 20 000 € (deux fois 10 000 €) pour la durée de deux ans de l'évaluation, permettant de financer les coûts de participation à cette évaluation.

Ces crédits seront délégués aux ARS en secondes circulaires budgétaires 2016 et 2017. Les établissements MCO et HAD préciseront, dans le cadre de leurs candidatures conjointes, la répartition souhaitée de ces crédits.

Les établissements MCO et HAD qui ne seraient pas retenus pour l'évaluation pourront mettre en œuvre le dispositif mais ne bénéficieront pas de cet accompagnement financier uniquement destiné à financer les surcoûts liés à la démarche d'évaluation.

Les ARS sont invitées à transmettre dès réception la présente instruction et ses annexes aux établissements de santé MCO et HAD.

Des informations complémentaires peuvent être recueillies auprès de la direction générale de l'offre de soins à l'adresse suivante : DGOS-R4-HADPOSTCHIR@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

ANNEXE 1

NOTE TECHNIQUE ATIH SUR LES MODALITÉS DE CODIFICATION ET LA TYPOLOGIE DES PRISES EN CHARGES CIBLÉES

A. – Modalités de codification des établissements MCO et HAD

a) Pour l'établissement MCO

Mode de sortie

Une sortie de MCO vers le domicile lorsque le patient y bénéficie d'hospitalisation à domicile (HAD) fait appel aux codes 6 ou 7 :

- code 6 « Mutation » si l'HAD appartient :
  - à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ;
  - ou à la même entité géographique pour les établissements de santé privés ;
- code 7 « Transfert définitif » si l'HAD appartient :
  - à une autre entité juridique ;
  - ou à une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

Attention : le mode d'entrée 8 « Domicile » ne doit donc pas être utilisé dans cette situation.

La destination doit être renseignée au moyen du code 6 « Vers l'hospitalisation à domicile ».

b) Pour l'établissement HAD

Mode d'entrée

Lorsque le patient est pris en charge en HAD au terme de son hospitalisation en MCO, son mode d'entrée fait appel aux codes 6 ou 7 :

- Code 6 « Mutation » si l'HAD appartient :
  - à la même entité juridique pour les établissements de santé publics (ESHAD faisant partie d'un centre hospitalier)
  - ou à la même entité géographique pour les établissements de santé privés.
- Code 7 « Transfert » si l'HAD appartient :
  - à une autre entité juridique
  - ou à une autre entité géographique de la même entité juridique pour les établissements de santé privés.

La provenance doit être renseignée au moyen du code 1 « En provenance de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie » (MCO).

B. – Typologie des séjours MCO ciblés dans le cadre du dispositif « sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD ».

Chirurgie colorectale lourde

Ciblage : séjours des racines 06C03 « résections rectales » ou 06C04 « interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon ».

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 06 « Affections du tube digestif » et un des actes CCAM suivants.

Racine 06C03 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA028	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA029	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA030	Coloproctectomie totale sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA031	Coloproctectomie totale avec anastomose iléoanale, par laparotomie
HJFA001	Résection rectocolique avec abaissement colique rétrorectal par laparotomie, avec anastomose colorectale par voie anale
HJFA002	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par laparotomie
HJFA004	Résection rectosigmoïdienne avec anastomose colorectale infrapéritonéale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HJFA005	Amputation du rectum, par abord périnéal
HJFA006	Résection rectosigmoïdienne par laparotomie, avec anastomose coloanale par voie anale ou par abord transsphinctérien
HJFA007	Amputation du rectum, par laparotomie et par abord périnéal
HJFA011	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HJFA012	Proctectomie secondaire par laparotomie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
HJFA014	Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périnéal
HJFA017	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
HJFA019	Amputation du rectum, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie et par abord périnéal
HJFC023	Proctectomie secondaire par cœlioscopie avec anastomose iléoanale par voie transanale, après colectomie totale initiale
HJFC031	Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie
JFFA002	Pelvectomie postérieure avec rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie
JFFA004	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA005	Pelvectomie postérieure sans rétablissement de la continuité digestive, par laparotomie
JFFA008	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA011	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse non détubulée, par laparotomie et par abord périnéal
JFFA013	Pelvectomie totale avec urétérostomie cutanée transintestinale par anse détubulée continente, par laparotomie et par abord périnéal

Racine 06C04 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
HGAA002	Plastie d'allongement de l'intestin grêle, par laparotomie
HGAA003	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par laparotomie
HGAC010	Plastie d'élargissement unique ou multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie
HGCA001	Entéroentérostomie de dérivation, par laparotomie
HGCA002	Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par laparotomie
HGCA005	Iléocolostomie de dérivation [anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie
HGCC003	Entércentérostomie de dérivation, par cœlioscopie
HGCC015	Iléocolostomie de dérivation [anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par cœlioscopie
HGEA001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par laparotomie
HGEC001	Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], par cœlioscopie
HGFA001	Résection de l'angle duodénojéjunal avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA003	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie
HGFA004	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par laparotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
HGFA005	Résection rectosigmoïdienne par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie, avec anastomose coloanale par voie anale
HGFA007	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie
HGFA008	Résection segmentaire d'une atrésie unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA009	Résection segmentaire d'une atrésie étagée de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HGFA010	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par laparotomie
HGFA011	Exérèse de duplication de l'intestin grêle avec résection intestinale, par laparotomie
HGFA012	Résection de l'intestin grêle et/ou du côlon pour péritonite néonatale, par laparotomie
HGFA013	Résection totale de l'intestin grêle, par laparotomie
HGFC001	Exérèse de duplication de l'intestin grêle sans résection intestinale, par cœlioscopie
HGFC014	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie
HGFC016	Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par cœlioscopie
HGFC021	Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par cœlioscopie
HGPA004	Libération étendue de l'intestin grêle [entérolyse étendue] pour occlusion aigüe, par laparotomie
HGPA006	Désobstruction de l'intestin grêle pour iléus méconial, par laparotomie
HGPC015	Libération étendue de l'intestin grêle [entérolyse étendue] pour occlusion aigüe, par cœlioscopie
HHCA001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie
HHCA002	Colostomie cutanée, par laparotomie
HHCA003	Colocolostomie de dérivation [anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie
HHCC001	Suture de plaie ou de perforation du côlon, par cœlioscopie
HHCC007	Colostomie cutanée, par cœlioscopie
HHCC011	Colocolostomie de dérivation [anastomose colocolique sans exérèse colique], par cœlioscopie
HHFA002	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA003	Résection du côlon pour malformation congénitale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA004	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA005	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA006	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA008	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA009	Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA010	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA014	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA017	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA018	Colectomie transverse, par laparotomie
HHFA021	Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHFA022	Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie
HHFA023	Colectomie transverse, par cœlioscopie ou par laparotomie avec préparation par cœlioscopie
HHFA024	Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
HHFA026	Colectomie droite sans rétablissement de la continuité, par laparotomie
HHMA003	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par laparotomie
HHMC001	Rétablissement secondaire de la continuité digestive après colectomie, par cœlioscopie
HJEA001	Abaissement du rectum avec cervicocystoplastie, urétroplastie et vaginoplastie pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
HJEA002	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord transsacrococcygien [de Kraske] et par abord périnéal
HJEA003	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute, par laparotomie et par abord périnéal
HJEA004	Abaissement du rectum pour malformation anorectale haute ou intermédiaire, par abord périnéal médian
HJFA010	Exérèse de duplication du rectum, par abord transsacrococcygien [de Kraske]
HJFA015	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
HJFA016	Résection rectocolique subtotale pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par laparotomie ou par voie anale
HJFA020	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par laparotomie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC001	Résection rectocolique subtotale pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC002	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFC003	Résection rectocolique totale pour aganglionose congénitale par cœlioscopie, avec rétablissement de la continuité par voie anale
HJFD003	Résection rectosigmoïdienne pour aganglionose congénitale avec rétablissement de la continuité, par voie anale
HJSA001	Fermeture d'une fistule rectovaginale haute ou colovaginale acquise, par laparotomie
JDSA011	Fermeture de fistule vésicodigestive acquise, par laparotomie

Hystérectomies

Ciblage : séjours de la racine 13C03 « hystérectomies non radicales » ou séjours des racines 13C14 « exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour tumeurs malignes » et 13C15 » exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies pour affections non malignes » avec présence d'un acte d'hystérectomie.

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 13 « Affections de l'appareil génital féminin » et un des actes CCAM suivants.

Racine 13C03 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA001	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
JKFA002	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
JKFA004	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA005	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal
JKFA006	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA007	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphies antérieure et postérieure, par abord vaginal
JKFA012	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
JKFA013	Hystérectomie totale avec suspension postérieure du dôme du vagin, par laparotomie
JKFA014	Hystérectomie subtotale avec suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension], par laparotomie
JKFA015	Hystérectomie totale, par laparotomie
JKFA018	Hystérectomie totale, par cœlioscopie et par abord vaginal

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA021	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale et colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
JKFA023	Fermeture de fistule vésicovaginale acquise, par cœlioscopie
JKFA024	Hystérectomie subtotale, par laparotomie
JKFA025	Hystérectomie totale avec colpopérinéorraphie antérieure ou postérieure, par abord vaginal
JKFA026	Hystérectomie totale, par abord vaginal
JKFA029	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, suspension postérieure du col de l'utérus [colposuspension] et cervicocystopexie indirecte au ligament pectinéal [de Cooper], par laparotomie
JKFA032	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC002	Hystérectomie subtotale, par cœlioscopie
JKFC005	Hystérectomie totale, par cœlioscopie
JKFC006	Hystérectomie subtotale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie
JNFA001	Hystérectomie pour complications obstétricales, par laparotomie

Racines 13C14 et 13C15 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
JKFA020	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par cœlioscopie et par abord vaginal
JKFA027	Colpohystérectomie totale élargie aux paramètres, par laparotomie
JKFA028	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par laparotomie
JKFC003	Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par cœlioscopie

Fractures du fémur chez la personne âgée

Ciblage : séjours des racines 08C47 « prothèses de hanche pour traumatismes récents » et 08C49 » interventions sur la hanche et le fémur pour traumatismes récents, âge supérieur à 17 ans » comportant un diagnostic principal de fracture proximale du fémur chez des patients âgés de 75 ans et plus.

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours de patients ≥ 75 ans comportant un diagnostic principal (DP) de la liste ci-après et un des actes CCAM suivants.

DP	LIBELLÉ CIM-10
S7200	Fracture fermée du col du fémur
S7201	Fracture ouverte du col du fémur
S7210	Fracture fermée du trochanter
S7211	Fracture ouverte du trochanter
S7220	Fracture fermée sous-trochantérienne
S7221	Fracture ouverte sous-trochantérienne

Racine 08C47 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEKA010	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire et reconstruction fémorale par greffe
NEKA011	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile
NEKA012	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec reconstruction acétabulaire ou fémorale par greffe
NEKA014	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec renfort métallique acétabulaire
NEKA016	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec ostéotomie de la diaphyse du fémur

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEKA017	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle]
NEKA018	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique
NEKA020	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale
NEKA021	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale, avec abaissement de la tête du fémur dans le paléoacétabulum [paléocotyle] et ostéotomie de réaxation ou d'alignement du fémur
NEMA018	Arthroplastie coxofémorale par cupule fémorale

Racine 08C49 :

CODE	LIBELLÉ CCAM
NACA001	Ostéosynthèse unifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA002	Ostéosynthèse plurifocale de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer ouvert
NACA003	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord antérieur
NACA004	Ostéosynthèse de fracture des colonnes antérieure et postérieure de l'acétabulum, par un ou deux abords
NACA005	Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur
NACB001	Ostéosynthèse de fracture ou de fracture-luxation de la ceinture pelvienne [du bassin], à foyer fermé
NAFA001	Résection « en bloc » de l'os coxal ou du fémur avec arthrectomie monobloc de hanche
NAFA003	Résection complète « en bloc » partielle ou totale d'un os coxal [hémibassin] emportant l'acétabulum
NAFA004	Résection partielle de l'aile iliaque ou du cadre obturateur n'interrompant pas la continuité de l'anneau pelvien
NAFA006	Résection complète « en bloc » de l'aile iliaque ou du cadre obturateur interrompant la continuité de l'anneau pelvien
NAPA001	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéotomie du fémur
NAPA002	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec capsuloplastie
NAPA003	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec ostéoplastie supra-acétabulaire par butée
NAPA004	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section
NAPA005	Ostéotomie supra-acétabulaire de l'os coxal par une section, avec capsuloplastie
NAPA006	Ostéotomie périacétabulaire de l'os coxal
NAPA007	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections
NAPA008	Ostéotomie extra-acétabulaire de l'os coxal par plusieurs sections, avec ostéotomie du fémur
NBCA003	Ostéosynthèse de fracture complexe supracondylaire et intercondylaire du fémur, à foyer ouvert
NBCA004	Ostéosynthèse du grand trochanter pour pseudarthrose
NBCA005	Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire ou d'épiphysiolyse de l'extrémité proximale du fémur
NBCA006	Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur
NBCA007	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert
NBCA008	Ostéosynthèse de fracture du grand trochanter
NBCA009	Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur
NBCA010	Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur
NBCA011	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer ouvert
NBCA012	Ostéosynthèse de fracture parcellaire de la tête du fémur, par arthrotomie
NBCA013	Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert
NBCA014	Ostéosynthèse de fracture supracondylaire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert

CODE	LIBELLÉ CCAM
NBCA015	Ostéosynthèse de fracture simple supracondylaire et intercondylaire du fémur, à foyer ouvert
NBCB001	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par fixateur externe ou broche, à foyer fermé
NBCB002	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal, à foyer fermé
NBCB004	Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal, à foyer fermé
NBCB005	Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé
NBCB006	Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé
NBFA002	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse, pour pseudarthrose congénitale
NBFA003	Résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur sans interruption de la continuité osseuse
NBFA004	Résection de la tête et du col du fémur sans interposition capsulaire ou aponévrotique
NBFA006	Résection segmentaire du fémur avec ostéosynthèse et transfert axial progressif d'un fragment osseux, pour pseudarthrose congénitale
NBFA007	Résection « en bloc » d'une extrémité et/ou de la diaphyse du fémur
NBFA008	Résection de la tête et du col du fémur avec interposition capsulaire et/ou aponévrotique
NBFA807	Résection « en bloc » de la totalité du fémur
NBMA001	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection « en bloc » d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA003	Reconstruction du fémur par greffe ou matériau inerte non prothétique, après résection partielle d'une extrémité et/ou de la diaphyse
NBMA811	Reconstruction du fémur par prothèse, après résection « en bloc » de la totalité du fémur
NBPA001	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia
NBPA002	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied
NBPA003	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur
NBPA004	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia
NBPA005	Décortication du fémur avec ostéosynthèse pour pseudarthrose
NBPA006	Ostéotomie bilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBPA007	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur
NBPA008	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux
NBPA009	Ostéotomie de dérotation de l'extrémité distale du fémur ou de l'extrémité proximale du tibia, avec abord vasculaire ou nerveux préalable
NBPA010	Ostéotomie complexe de l'extrémité distale du fémur
NBPA011	Ostéotomie complexe de la diaphyse du fémur
NBPA012	Ostéotomie simple bilatérale de la diaphyse du fémur, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux du pied
NBPA013	Ostéotomie basicervicale du fémur
NBPA014	Ostéotomie du grand trochanter
NBPA015	Ostéotomie simple unilatérale de la diaphyse du fémur et du tibia, avec arthrodèse du couple de torsion du pied [talocalcanéenne et médiotarsienne] et correction de vices architecturaux
NBPA016	Décortication du fémur pour pseudarthrose
NBPA017	Ostéotomie simple de l'extrémité distale du fémur
NBPA018	Ostéotomie unilatérale de valgisation-translation du col du fémur pour dysplasie congénitale
NBPA019	Ostéotomie intra-articulaire du col du fémur
NBPA020	Ostéotomie intertrochantérienne ou infratrochantérienne du fémur
NEDA001	Arthrodèse coxofémorale, par arthrotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
NEEA001	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEA002	Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEEA003	Réduction d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale avec ostéosynthèse de fracture de la tête du fémur, par arthrotomie
NEEA004	Réduction d'une hanche instable non traumatique, par arthrotomie
NEFA001	Résection de l'articulation coxofémorale avec coaptation trochantéro-iliaque ou fémoro-iliaque
NEFA003	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par 2 abords dont un abord postérieur
NEFA004	Synovectomie coxofémorale, par arthrotomie par un abord
NEGA005	Ablation d'une prothèse fémorale cervicocéphalique
NEJA001	Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA002	Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEJA004	Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NEMA003	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie extra-articulaire de l'extrémité proximale du fémur
NEMA013	Reconstruction osseuse de la hanche après résection « en bloc » de l'os coxal [hémibassin], avec fixation du fémur à l'os coxal
NEMA017	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, avec ostéotomie du grand trochanter
NEMA020	Acétabuloplastie avec ostéotomie du fémur
NEMA021	Ostéoplastie supra-acétabulaire de l'os coxal par butée, ou acétabuloplastie
NEPA001	Libération mobilisatrice de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie
NJEA001	Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal et du fémur
NJEA004	Transfert du psoas à travers ou en avant de l'aile iliaque, avec ostéotomie de l'os coxal ou du fémur
NJFA006	Exérèse d'un fragment osseux supratrochantérien

Chirurgie de la scoliose chez l'enfant

Ciblage : séjours de la racine 08C51 « interventions majeures sur le rachis pour fractures, cyphoses et scoliose » comportant un diagnostic principal de scoliose chez des patients âgés de 18 ans et moins.

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours de patients ≤ 18 ans comportant un diagnostic principal commençant par « M41 scoliose » et un des actes CCAM conduisant dans cette racine.

CODE	LIBELLÉ CCAM
LDCA001	Ostéosynthèse transarticulaire bilatérale de l'atlas et de l'axis, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale bilatérale
LDCA002	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse postérieure de la jonction occipitocervicale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LDCA003	Ostéosynthèse postérieure de la jonction occipitocervicale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LDCA004	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDCA005	Ostéosynthèse interlamaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur
LDCA006	Ostéosynthèse transarticulaire et/ou transpédiculaire de l'atlas et de l'axis, par abord postérieur
LDCA007	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale cervicale, par abord antérieur avec mandibulotomie
LDCA008	Ostéosynthèse de la dent de l'axis [apophyse odontoïde de C2], par abord intrabuccal
LDCA009	Ostéosynthèse transpédiculaire de l'axis, par abord postérieur
LDCA010	Ostéosynthèse interlamaire entre deux vertèbres de la colonne cervicale de C2 à C7, par abord postérieur
LDCA011	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale

CODE	LIBELLÉ CCAM
LDCA012	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur
LDCA013	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antérieure ou par cervicotomie antérolatérale
LDDA001	Arthrodèse antérieure de la jonction occipitocervicale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie antérolatérale
LDFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDFA010	Spondylectomie totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale et par abord postérieur
LDFA012	Corporectomie vertébrale totale, par cervicotomie antérieure ou antérolatérale
LDPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicotomie
LDPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par cervicothoracotomie
LDPA010	Ostéotomie ou arthrectomie occipitoaxoïdienne pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, par abord intrabuccal ou par cervicotomie
LECA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie
LECA002	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie et par abord postérieur
LECA003	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoracotomie
LECA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur
LECA005	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie
LECA006	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par thoraco-phréno-laparotomie
LECC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale, par thoracoscopie
LEFA001	Spondylectomie thoracique totale, par abord postérieur
LEFA004	Corporectomie vertébrale totale, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA005	Spondylectomie totale, par thoracotomie et par abord postérieur
LEFA006	Corporectomie vertébrale totale, par thoracotomie
LEFA007	Corporectomie vertébrale partielle, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoraco-phréno-laparotomie
LEFA009	Spondylectomie totale, par thoraco-phréno-laparotomie et par abord postérieur
LEFA010	Corporectomie vertébrale partielle, par thoracotomie
LEFA012	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par thoracotomie
LEFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par thoracoscopie ou par thoracotomie avec préparation par thoracoscopie
LEMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEMA002	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoracotomie
LEMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA001	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA002	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
LEPA003	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoracotomie
LEPA004	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA005	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA006	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA007	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par thoracotomie
LEPA008	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par thoraco-phréno-laparotomie
LEPA009	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie
LFCA001	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LFCA002	Ostéosynthèse de la jonction lombosacrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LFCA003	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur
LFCA004	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie
LFCA005	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par laparotomie ou par lombotomie
LFCC001	Ostéosynthèse et/ou arthrodèse antérieure de la colonne vertébrale, par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie
LFDA001	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire et ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA002	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacral
LFDA003	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, avec libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA004	Arthrodèse intercorporéale de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrale avec arthrodèse postérolatérale, par abord postérieur
LFDA005	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, sans ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA006	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA007	Arthrodèse postérieure et/ou postérolatérale d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, sans libération radiculaire, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA008	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie et par abord postérieur
LFDA009	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur
LFDA010	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement avec réduction, avec ostéosynthèse, par laparotomie
LFDA011	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie et par abord postérieur
LFDA012	Arthrodèse intercorporéale ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrale, par abord postérieur
LFDA013	Arthrodèse d'un spondylolisthésis lombal sans réduction, par laparotomie
LFDA014	Arthrodèse intercorporéale d'un spondylolisthésis lombal à grand déplacement sans réduction, avec ostéosynthèse, par abord postérieur translombosacral
LFFA008	Corporectomie d'une vertèbre malformée, par laparotomie ou par lombotomie
LFFA009	Corporectomie vertébrale partielle, par laparotomie ou par lombotomie
LFFA012	Spondylectomie totale, par laparotomie ou lombotomie et par abord postérieur
LFFA013	Corporectomie vertébrale totale, par laparotomie ou par lombotomie

CODE	LIBELLÉ CCAM
LFFA014	Corporectomie vertébrale partielle ou totale, par abord direct avec préparation par cœlioscopie ou par rétropéritonéoscopie
LFMA001	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par lombotomie
LFPA001	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 1 à 3 vertèbres, par laparotomie ou par lombotomie
LFPA002	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale, avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie
LFPA003	Ostéotomie antérieure ou discectomie totale pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, sans correction instrumentale, sur 4 vertèbres ou plus, par laparotomie ou par lombotomie
LGCA001	Ostéosynthèse de fracture du sacrum, par abord postérieur
LHCA001	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord antérieur et par abord postérieur
LHCA002	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHCA010	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHCA011	Ostéosynthèse de la colonne vertébrale par fixateur externe
LHCA016	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire avec arthrodèse, par abord postérieur
LHDA001	Arthrodèse postérieure ou épiphysiodèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord postérieur
LHDA002	Arthrodèse intercorporéale de la colonne vertébrale avec arthrodèse postérieure, par abord postérolatéral
LHFA001	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHFA003	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHFA013	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHFA025	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur
LHFA027	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse, correction instrumentale et ostéotomie antérieure transpédiculaire, sur 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHFA028	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur
LHFA029	Arthrectomie totale bilatérale et/ou ostéotomie postérieure pour déformation rigide de la colonne vertébrale avec arthrodèse et correction instrumentale, sur 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHFA031	Exérèse totale de l'arc vertébral, par abord postérieur
LHMA003	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérieur
LHMA004	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres, par abord postérolatéral
LHMA006	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 3 à 5 vertèbres, par abord postérieur
LHMA013	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 6 à 9 vertèbres par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHMA014	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus par abord postérieur, avec résection de 3 côtes ou plus
LHMA015	Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 vertèbres ou plus, par abord postérieur

Prothèse du genou

Ciblage : séjours de la racine 08C24 « prothèses de genou ».

Codage PMSI MCO : il s'agit des séjours comportant un diagnostic principal de la CMD 08 « Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif » et un des actes CCAM suivants.

CODE	LIBELLÉ CCAM
NFKA006	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse unicompartimentaire fémorotibiale ou fémoropatellaire
NFKA007	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartimentaire sur une déformation inférieure ou égale à 10° dans le plan frontal
NFKA008	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartimentaire sur une déformation supérieure à 10° dans le plan frontal
NFKA009	Remplacement de l'articulation du genou par prothèse à charnière fixe ou rotatoire

ANNEXE 2

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES PATIENTS AU DISPOSITIF « HAD SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE »

PRISES EN CHARGE CIBLÉES PAR LE DISPOSITIF DE SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE PAR MOBILISATION DE L'HAD

Chirurgie gynécologique

Hystérectomies

Pour tumeurs malignes (corps de l'utérus, col de l'utérus, autres cancers) :
– avec exérèse ganglionnaire ;
– sans exérèse ganglionnaire.

Pour pathologies bénignes :
– voie d'abord : cœlioscopies et/ou vaginales ;
– voie d'abord : laparotomie.

Chirurgie digestive

Résections rectales :

Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon.

Chirurgie orthopédique

Factures du fémur chez la personne âgée comportant une fracture proximale du fémur (col, trochanter ou sous trochanter).

Chirurgie de la scoliose chez l'enfant.

Prothèse totale du genou.

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉCISION D'ORIENTATION DU PATIENT EN HAD

Au moins un des critères médicaux et les critères socio environnementaux figurant ci-dessous, doivent être remplis pour que le patient soit éligible au dispositif « HAD sortie précoce de chirurgie ».

1. **État médical du patient**

Douleur (EVA > 5 avec ou sans traitement) en lien avec l'intervention chirurgicale ou la pathologie, nécessitant une prise en charge spécifique (évaluation de la douleur, traitement par injecteur programmable, réajustement, etc.).

Comorbidités associées nécessitant des prises en charges en journées (soins et surveillance) au rythme d'au moins 2 fois par jour (ASA > 3).

Poursuite du traitement injectable institué en chirurgie ou surveillance d'un injecteur programmé en rapport avec des soins post-chirurgicaux.

Dénutrition pré ou post opératoire lors du séjour chirurgical et nécessitant le recours à une nutrition entérale ou parentérale.

[Pansements complexes, soins en lien avec la continence, soins de stomies une à deux fois par jour en lien ou non avec l'intervention chirurgicale] OU [Nécessitant un passage de l'équipe soignante au minimum deux fois par jour ou supérieure à 30 minutes par jour].

Besoin d'une assistance respiratoire en lien avec l'intervention chirurgicale (ex. *décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique dans les suites d'une intervention chirurgicale, etc.*) nécessitant le recours à des soins respiratoires (ex. *soins de trachéotomie, kinésithérapie respiratoire 3 fois/semaine, appareillage d'aide à l'expectoration, aérosols ou aspirations quotidiens, oxygénothérapie, etc.*).

Rééducation orthopédique nécessitant le passage d'un kinésithérapeute au moins 3 fois par semaine.

2. **Conditions socio-environnementales**

a) Critères liées au patient

Le patient est autonome donc éligible.

Si le patient n'est pas autonome : il est éligible à condition qu'un aidant soit en capacité de comprendre et de mettre en œuvre les consignes de l'équipe soignante. L'aidant doit être disponible, autonome et être capable d'être formé si nécessaire à la gestion des actes de la vie quotidienne du patient. À défaut, il peut également être aidé par une prestation d'aide à domicile.

La perte d'autonomie du patient est à évaluer notamment en fonction de ses capacités à : se lever, et/ou s'asseoir seul, et/ou marcher seul dans son logement sans l'aide d'une tierce personne, et/ou monter et descendre les escaliers et/ou comprendre les consignes.

b) Critères liés à l'environnement du patient

Le logement où s'effectueront les soins devra réunir les conditions d'éligibilité à l'intervention de l'équipe d'HAD, celle-ci pouvant le cas échéant prévoir et mettre en œuvre des aménagements permettant son intervention.

ANNEXE 3

ATTENDUS DE L'ÉVALUATION PAR LES ÉTABLISSEMENTS MCO ET HAD ET MODALITÉS DE CANDIDATURE

1. **Attendus de l'évaluation par les établissements MCO et HAD**

Les établissements MCO et HAD associés, retenus pour participer à l'évaluation devront :

– dans le cadre de la démarche d'auto-évaluation, produire deux rapports, l'un intermédiaire au terme du délai d'un an de mise en œuvre du dispositif, l'autre final, au terme du délai de deux ans ;
– dans la démarche de participation à l'évaluation nationale, contribuer aux travaux mis en œuvre par la DGOS avec l'appui d'un prestataire externe (par exemple, mise à disposition d'éléments de comptabilité analytiques et d'activité).

a) Rapport intermédiaire

Le rapport intermédiaire est réalisé au terme du délai d'un an à compter du démarrage du dispositif au sein des établissements.

Il a pour objet de :

– dresser un état des lieux d'avancement du dispositif au moyen des critères et des éléments de preuve demandés au point 1.*c* Critères d'évaluation figurant ci-dessous ;
– de faire état des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du dispositif ;
– de souligner tout autre élément que l'équipe juge nécessaire.

Il est transmis à l'ARS dans les deux mois qui suivent le délai d'un an, laquelle émet ses observations sur ces documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS ainsi qu'aux équipes réalisant cette évaluation.

b) Rapport final

Le rapport final est réalisé au terme d'une durée de deux ans à compter du démarrage du dispositif au sein des établissements.

Il permet d'évaluer la mise en œuvre du dispositif au moyen des critères et éléments de preuves demandés au point 1.*c* Critères d'évaluation figurant ci-dessous. Il intègre ainsi une analyse des pré-requis, des freins et des leviers éventuellement recensés et décrit les impacts de sa mise en œuvre sur :

– la structure pratiquant la prise en charge chirurgicale ciblée ;
– la structure pratiquant l'hospitalisation à domicile ;
– le parcours de soins du patient.

Le rapport final est transmis à l'ARS compétente dans les deux mois qui suivent la fin de la durée de deux ans, laquelle émet ses observations sur l'ensemble des documents qu'elle transmet ensuite à la DGOS ainsi qu'aux équipes réalisant l'évaluation.

c) Critères de l'auto-évaluation

Les critères d'évaluation du dispositif font l'objet d'indicateurs et d'éléments de preuve. Ils constituent le socle commun des critères devant apparaître dans le rapport intermédiaire et le rapport final des établissements et serviront à l'évaluation nationale. Ils peuvent être complétés en tant que de besoin par les équipes dès lors qu'elles le jugent nécessaire sur des aspects spécifiques.

Critère 1. La ou les prises en charge ciblée(s) par le dispositif font l'objet d'une démarche organisée et concertée au sein de l'établissement MCO et de la structure d'HAD, avec l'ensemble des acteurs concourant à la prise en charge du patient dans le cadre de son parcours.

L'élément de preuve à apporter se matérialise par tous documents portant sur les principes et la mise en œuvre de la démarche à chaque étape et avec chaque acteur (ex. protocoles, conventions).

Critère 2. Des critères d'éligibilité à l'HAD des patients ont été formalisés pour la ou les prises en charge ciblée(s) selon les recommandations existantes, de façon consensuelle entre l'établissement MCO et la structure d'HAD :

L'élément de preuve à apporter est l'outil d'analyse de l'éligibilité du patient.

Critères 3. La mise en œuvre du dispositif permet à des patients éligibles d'être transférés en HAD (MPP n° 29 « sortie précoce de chirurgie ») conformément à la cible envisagée :

– les indicateurs de suivis pourraient être les suivants :
  – nombre de patients transférés en HAD pour les prises en charge ciblées ;
  – taux de transfert des patients par prise en charge : % de patient pris en charge au domicile ; en EHPAD ;
  – nb de patients non transférés en HAD alors qu'ils étaient initialement prévus en HAD ; raisons de ce non transfert.

Critère 4. La mise en œuvre du dispositif permet de raccourcir la durée de séjour du patient en hospitalisation complète sur la base d'une DMS cible en MCO/en HAD :

– les indicateurs de suivis pourraient être les suivants :
  – durées de séjour observées en MCO : avant la mise en œuvre du dispositif pour les prises en charge équivalentes/après la mise en œuvre du dispositif et précédant le transfert en HAD ;
  – nombre de journées réalisées en HAD suite au transfert du service de chirurgie ;
  – pour les séjours transférés : séjours ayant fait appel à un passage en SSR pendant ou après l'HAD ou après une ré hospitalisation : nombre et description de ces séjours ;
  – la DMS totale envisagée puis réalisée comprenant la DMS en MCO et la DMS en HAD ;
  – analyse des séjours où la DMS est supérieure à la DMS cible en MCO et/ou en HAD (motifs évoqués).

Critère 5. L'intervention de l'HAD suite à la demande d'un service de chirurgie fait l'objet d'une procédure permettant de respecter les délais prévus.

Les indicateurs à suivre sont par exemple : le délai moyen de mise en œuvre de l'HAD ; la demande d'HAD réalisée en consultation pré opératoire/post opératoire , etc.

Critère 6. La prise en charge du patient en HAD fait l'objet d'une procédure formalisée et évaluée :

– les indicateurs à produire sont par exemple : le taux de réhospitalisation en MCO et les motifs associés ; le taux de satisfaction des patients, etc. ;
– l'élément de preuve à apporter est la production de tous documents formalisés pour la prise en charge en HAD pour les indications concernées :
  – comptes rendus de réunions réalisées entre l'établissement d'HAD et l'établissement MCO ;
  – document décrivant le parcours type du patient en HAD pour la prise en charge ciblée par le projet et sa méthode d'élaboration ;
  – nombre d'EIG et procédure d'analyse mise en place (RMM) ;
  – document décrivant la procédure à suivre en cas de complication liée à l'acte chirurgical ;
  – documents d'information du patient, du recueil et de l'exploitation du questionnaire de satisfaction patient, etc.

2. **Modalités de candidature et procédure de sélection des candidats**

L'appel à candidature concerne les équipes de chirurgie (chirurgiens, anesthésistes, cadres de santé, personnels soignants) travaillant dans des établissements autorisés à l'activité de chirurgie et les équipes d'HAD (médecin coordonnateur, infirmière coordinatrice, assistante sociale, etc.).

Il est demandé qu'un référent de la démarche évaluative soit identifié par les établissements se portant candidats à l'évaluation (*cf.* dossier de candidature page 2). Celui-ci sera l'interlocuteur de l'ARS et de la DGOS.

a) Recevabilité des candidatures

L'ARS destinataire des dossiers de candidature réalisera en premier lieu un examen de recevabilité de ces dossiers qui portera sur les éléments suivants :

– le ou les établissement(s) MCO ont une autorisation d'activité de chirurgie ;
– le ou les établissement(s) HAD ont une autorisation d'hospitalisation à domicile ;
– le dossier de candidature est complet ;
– le dossier de candidature a été envoyé par voies postale et électronique dans les délais demandés.

b) Sélection des candidatures

Une fois la candidature jugée recevable, la sélection des candidats retenus sera réalisée par la DGOS après avis de l'ARS.

– la sélection des candidatures prendra en compte les éléments suivants :
  – niveau d'activité de chirurgie suffisant pour la ou les prises en charge ciblées ;

– intérêt et pertinence du projet (besoin des patients, organisations existantes ou à venir, objectifs poursuivis, méthode envisagée) ;
– structuration et cohérence du projet ;
– aptitude des structures et des équipes concernées à porter, coordonner et évaluer le projet ;
– crédibilité du calendrier prévisionnel ;
– existence de données d'activité anonymisées et de coûts.

Pour des raisons de représentativité, la diversité des prises en charges, des types de structures et des régions seront également prises en compte pour sélectionner les candidatures.

c) Modalités de dépôt des dossiers de candidature

Les établissements MCO et HAD associés élaborent conjointement le dossier de candidature (*cf.* annexe 4).

Les dossiers de candidature sont à transmettre à l'ARS et à la DGOS par voies postale (en deux exemplaires) et électronique au plus tard le 5 août 2016 (minuit).

L'ARS transmettra son avis, au moyen d'une grille d'évaluation type (qui sera envoyée ultérieurement) à la DGOS au plus tard le 12 septembre 2016, à l'adresse suivante : DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr.

Sur la base des avis des ARS, la DGOS désignera les établissements retenus au cours du mois de septembre 2016.

3. **Modalités de financement des candidats retenus à l'évaluation nationale**

Un financement de 20 000 € (deux fois 10 000 € correspondant à la réalisation des rapports intermédiaire et final) est prévu pour la participation à l'évaluation.

Il pourra concerner une dizaine de projets au niveau national.

Il convient de noter que :
– ce financement ne sera pas reconduit au-delà de la durée de la mesure d'accompagnement (deux ans) ;
– si aucun patient n'a été transféré en hospitalisation à domicile dans le cadre de ce projet, ce financement sera déchu ;
– il n'a pas vocation à financer des ressources humaines pérennes ou des investissements immobiliers.

Les crédits destinés à financer les projets retenus seront délégués aux ARS en secondes circulaires budgétaires 2016 et 2017.

Les établissements MCO et HAD devront, dans le cadre de leurs candidatures conjointes, préciser la répartition souhaitée de ces crédits.

ANNEXE 4

DOSSIER DE CANDIDATURE POUR LES ÉTABLISSEMENTS MCO ET HAD SOUHAITANT PARTICIPER À L'ÉVALUATION NATIONALE DU DISPOSITIF

Ce dossier de candidature doit être rempli conjointement par le ou les établissement(s) MCO, associé(s) à un ou plusieurs établissement(s) HAD (ou inversement).

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Appel à candidatures 2016 sur l'évaluation nationale du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD

Dossier de candidature

Date limite de soumission des projets : **5 août 2016**

Spécialité(s) chirurgicale(s) concernée(s)	
Prise(s) en charge(s) retenue(s) pour le projet	
Nom du ou des établissement(s) MCO [ou HAD] porteur(s) du projet	
Nom du ou des établissement(s) HAD [ou MCO] associé(s) au projet	
Nom et coordonnées du référent de la démarche évaluative (nom, prénom, mail)	
Durée du projet	**24 mois**

1. **Résumé du dispositif**

Attention, ce résumé est indispensable pour l'expertise de votre dossier, il devra présenter une description synthétique du choix de :

- **La ou les prises en charge concernée(s) pour chaque spécialité *(se référer au périmètre du dispositif, détaillé dans l'INSTRUCTION N° DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016 relative au dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD) ;***
- **L'organisation et les modalités de collaboration envisagées entre le ou les établissement(s) MCO et le ou les établissement(s) d'HAD pour la mise en œuvre du dispositif ;**
- **Les objectifs globaux recherchés par les acteurs pour le parcours du patient.**

Résumé du dispositif - maximum 1 page - Police Arial taille 11

2. Coordonnées des établissements

a. Le ou les établissement(s) MCO (un tableau par établissement)

Nom et coordonnées de l'établissement MCO - adresse - code postal - ville	
Nom et coordonnées du directeur d'établissement MCO - téléphone - mail	
Statut de l'établissement MCO (public, ESPIC, privé commercial)	
Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de la chirurgie	

b. Le ou les établissement(s) d'HAD (un tableau par établissement)

Nom et coordonnées du ou des établissement(s) HAD - adresse - code postal - ville	
Nom et coordonnées du ou des directeur(s) d'établissement(s) HAD - téléphone - mail	
Statut du ou des établissement(s) HAD (public, ESPIC, privé, association)	
Date(s) de délivrance/renouvellement de l'autorisation pour la pratique de l'hospitalisation à domicile	

3. Description des activités de chirurgie et d'hospitalisation à domicile

a. Pour le ou les établissement(s) MCO (un tableau par établissement)

Description de l'activité de chirurgie pour la ou les prise(s) en charge ciblée(s) réalisée chaque année depuis 2010 (volume, DMS, niveaux de sévérité) Maximum 1 page – Police Arial taille 11

Disposez-vous au sein de votre établissement d'une comptabilité analytique ou de tout autre document permettant d'analyser les données d'activités et/ou comptables?
……..

b. Pour le ou les établissement(s) d'HAD (un tableau par établissement)

Description de l'activité d'hospitalisation à domicile réalisée chaque année depuis 2010 (prise en charge (modes de prises en charge principal et associé réalisés), volume d'activité, modalités de coordination, moyens et compétences mises en œuvre) - positionnement de l'activité dans l'offre régionale - projet médical concernant cette activité maximum 1 page - Police Arial taille 11

Disposez-vous au sein de votre établissement d'une comptabilité analytique ou de tout autre document permettant d'analyser les données d'activité et/ou comptables?
……..

4. **Composition de l'équipe chirurgicale de l'établissement MCO (un tableau par type de prise en charge et par établissement)**

Equipe chirurgicale				
Nom du chef de service				
Noms des chirurgiens impliqués dans le projet				
Adresse(s) électronique(s) du service				
Téléphone(s) du secrétariat				

5. **Composition de l'équipe de l'établissement d'HAD (un tableau par établissement)**

Equipe de coordination					
Nombre d'ETP					
Fonctions					
Nom(s) du ou des médecin(s) coordonnateur(s) (indiquer si ce dernier a une spécialité - ex. gériatrie, urgentiste, libéral etc…)					
Adresse(s) électronique(s) du service					
Téléphone(s) du secrétariat					

Equipe soignante intervenant en HAD pour la prise en charge ciblée par le projet (un tableau pour chaque prise en charge ciblée)						
Fonctions	Infirmier(e)	Aides soignant(e)	Kinésithérapeute	Diététicien(ne)	Ergothérapeute	Autre (préciser)
Nombre d'ETP par fonction, préciser si : - **Salariés** - **libéraux**						
Adresse(s) électronique(s) du service						
Téléphone(s) du secrétariat						

6. Choix et justification de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) par le projet

Décrire les modalités et les raisons du choix de la ou des prise(s) en charge ciblée(s) : (1 à 2 pages) **Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :** - L'intérêt et la pertinence du dispositif mis en place notamment au regard : - De la patientèle des établissements ; - du ou des établissement(s) MCO et du ou des établissement(s) d'HAD ;

7. Objectifs envisagés quant à la réalisation du dispositif

Présentation des objectifs opérationnels du dispositif : (1 à 2 pages)

Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :

- Les objectifs généraux
- les objectifs opérationnels de prise en charge et d'activité (DMS cibles en MCO et DMS cibles en HAD, volumes d'activité cibles par type de prise en charge par année) ;

1. Objectifs généraux du projet

2. Objectifs opérationnels

8. Modalités de réalisation du dispositif

Présentation des modalités de réalisation du dispositif : (1 à 3 pages maximum)
 	
Les éléments présentés devront permettre d'évaluer :
- Méthodologie de la démarche partagée ; les étapes clés ; le calendrier de montée en charge ;
- Organisation envisagée pour le parcours du patient ;
- Outils mis en œuvre pour assurer :
  o la coordination des structures ;
  o le suivi des patients ;
- Aptitude des structures et des équipes à porter le dispositif et à en assurer la coordination

9. Modalités envisagée pour la réalisation de l'auto-évaluation

Description des modalités d'évaluation du dispositif (cf. 1.c « Critères d'évaluation» figurant en annexe 3 de l'instruction n° **DGOS/R4/R3/2016/185 du 6 juin 2016**) (1 à 2 pages) : - Méthode envisagée pour mobiliser les indicateurs et éléments de preuve permettant de mesurer l'atteinte des critères prévus dans l'annexe 3 de l'instruction ; - Méthode envisagée, pour la mise en place et la mobilisation de d'autres indicateurs éventuels en lien avec le contexte local et les objectifs spécifiques du dispositif ; **Les éléments présentés devront permettre d'évaluer l'aptitude de la structure à :** - mener une démarche d'auto-évaluation et alimenter les rapports intermédiaire et final qui seront transmis à l'ARS; - participer à l'évaluation nationale qui sera réalisée par la DGOS avec l'appui d'un prestataire extérieur.

10. Financement de l'évaluation (20 000€ par projet)

Les établissements doivent préciser la ventilation souhaitée des crédits alloués pour l'évaluation du dispositif entre le ou les établissement(s) MCO et le ou les établissement(s) d'HAD :
Ex. 10 000 € pour l'établissement MCO et 10 000€ pour l'établissement d'HAD ; 20 000€ pour l'établissement MCO ou HAD etc.
……
……

11. <u>Engagement des candidats</u>

Les candidats s'engagent à :

- Élaborer, mettre en œuvre et auto évaluer le dispositif soumis sur une durée de deux ans ;
- À participer à l'évaluation nationale réalisée par la DGOS (transmission de données anonymisées et comptables).

Nom(s) du ou des établissement(s) MCO candidat(s) *si plusieurs établissements MCO sont concernés, chaque structure devra signer cet engagement*:

_____

Je, soussigné(e), _____, directeur d'établissement _____ (nom) :

- Déclare avoir pris connaissance de l'appel à candidature relatif à l'évaluation du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD ainsi que de l'instruction encadrant ce dispositif ;
- Certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Autorise les équipes de mon établissement à participer au dispositif et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
- M'engage à élaborer les rapports intermédiaire et final du dispositif sur deux ans de mise en œuvre ;
- M'engage à participer à l'évaluation nationale qui sera menée par la DGOS en lien avec un prestataire externe et à lui fournir des données d'activité anonymisées et comptables.

Cachet de l'organisme Le _____

Signature du directeur de l'établissement :

Signature du ou des chef(s) de pôle(s)/service(s) de chirurgie concerné(s):

Nom(s) du ou des établissement(s) HAD candidat(s) (*si plusieurs établissements HAD sont concernés, chaque structure devra signer cet engagement*) :

_____

Je, soussigné(e), _____, directeur d'établissement d'hospitalisation à domicile _____ (nom) :

- Déclare avoir pris connaissance de l'appel à candidature relative à l'évaluation du dispositif de sortie précoce de chirurgie par mobilisation de l'HAD ainsi que de l'instruction encadrant ce dispositif et certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Certifie l'exactitude des informations présentes dans ce dossier ;
- Autorise les équipes de mon établissement à participer au dispositif et m'engage à leur en permettre la réalisation ;
- M'engage à élaborer les rapports intermédiaire et final du dispositif sur deux ans de mise en œuvre ;
- M'engage à participer à l'évaluation nationale qui sera menée par la DGOS en lien avec un prestataire externe et à lui fournir des données d'activité anonymisées et comptables.

Cachet de l'organisme Le _____

Signature du directeur de l'établissement HAD :

Veuillez envoyer les signatures manuscrites et originales et non scannées par courrier

Modalités de candidature

Attention : Tout dossier incomplet entraînera l'irrecevabilité du projet

Le dossier finalisé est transmis à l'ARS territorialement compétente ainsi qu'à la DGOS **sous forme électronique et sous forme papier** (en deux exemplaires pour chaque institution) **au plus tard le 5 août 2016 (minuit)**. Les deux formats doivent être **strictement identiques** à l'exception des signatures.

Adresse postale :

Appel à Candidatures HAD post chirurgie
Sous-direction de la régulation de l'offre de soins
Bureau R4 - Prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale
Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
14 avenue Duquesne - 75007 PARIS

Adresse email :

DGOS-R4-HADPOSTCHIR@sante.gouv.fr

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

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 de la synthèse
organisationnelle et financière

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des établissements de santé
et des établissements médico-sociaux (1A)

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau de la gouvernance
du secteur social et médico-social (5C)

Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C/2016/202 du 21 juin 2016 relative au questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux

NOR : *AFSH1617285J*

Validée par le CNP le 13 mai 2016. – Visa CNP 2016-31.

Date d'application : immédiate.

Résumé : cette instruction a pour objet de diffuser un questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

Mots clés : fongibilité – questionnaire – sanitaire – médico-social.

Références :

Article L. 1434-13 du code de la santé publique ;

Circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C n° 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

Annexe : Questionnaire portant sur le dispositif permettant la mise en œuvre des opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

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

La fongibilité a pour objectif la prise en compte, pour la fixation définitive des sous-objectifs de l'ONDAM, des évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociales se trouvent placés, pour tout ou partie, sous un régime

juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Elle est un levier essentiel des opérations de restructuration de l'offre de soins en région et permet d'accompagner les ARS dans les projets de recomposition territoriale.

La circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C n° 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux vient préciser les modalités concrètes de mise en œuvre des opérations de fongibilité. À ce titre, elle définit le cadre et le périmètre des opérations, ainsi que la procédure d'instruction et de validation par le ministère des demandes formulées par les ARS. Elle prévoit les différentes catégories d'opération de fongibilité, les modalités de calcul des transferts ainsi que les documents nécessaires à l'instruction des dossiers par le niveau central.

Cette circulaire fixe un cadre commun et une méthodologie commune pour la constitution, l'instruction et la validation des dossiers et, à ce titre, elle doit permettre une utilisation simplifiée et coordonnée du dispositif de fongibilité.

Cependant, vous nous avez fait part de plusieurs difficultés quant à la mise en œuvre de ces dispositions. Nous avons également pu constater que l'utilisation du dispositif de fongibilité était très variable d'une région à l'autre.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons, à travers le questionnaire ci-joint, d'une part, objectiver les difficultés rencontrées par vos équipes dans l'utilisation du dispositif actuel de fongibilité et, d'autre part, recueillir vos souhaits d'évolution de ce dispositif.

Le résultat de cette enquête nous permettra, notamment, de faire évoluer la circulaire « fongibilité » de manière à répondre à vos attentes, dans un objectif de simplification et d'optimisation de la procédure.

Nous vous demandons de bien vouloir retourner ce questionnaire renseigné à l'adresse générique suivante : DGOS-FONGIBILITE@sante.gouv.fr, au plus tard le 30 juillet 2016.

Nous vous invitons également à tenir nos services 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

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

Annexe

Questionnaire relatif au dispositif fongibilité

ARS : Date :

Correspondant fongibilité :

Objectifs du questionnaire relatif au dispositif fongibilité :

La fongibilité a pour objectif la prise en compte, pour la fixation définitive des sous objectifs de l'ONDAM, des évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociales se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité.

Elle est un outil support des opérations de restructuration de l'offre de soins en région et permet d'accompagner les ARS dans les projets de recomposition territoriaux.

La circulaire fongibilité du 15 février 2012[1] vient préciser les modalités concrètes de mise en œuvre des opérations de fongibilité. A ce titre, elle définit le cadre et le périmètre des opérations, ainsi que la procédure d'instruction et de validation par le ministère des demandes formulées par les ARS. Elle prévoit les différentes catégories d'opération de fongibilité, les modalités de calcul des transferts, les documents nécessaires à l'instruction des dossiers par le niveau central. La circulaire est l'outil qui doit permettre une utilisation simplifiée et coordonnée du dispositif de fongibilité.

L'objectif de la procédure actuelle de fongibilité est de permettre aux régions de bénéficier d'une marge de manœuvre pour mettre en place leurs projets. Elle permet de faire remonter des dossiers dans un cadre préétabli et commun à toutes les ARS et a pour objectif l'accompagnement des régions dans la détermination des montants et périmètre des opérations mises en œuvre. Ainsi, si ce dispositif n'a pas vocation à permettre au ministère d'étudier la pertinence des projets, il permet de procéder aux transferts financiers selon un cadre commun et une méthodologie commune dans un souci de bonne gestion financière.

Cependant, l'utilisation du mécanisme diffère selon les régions, notamment quantitativement. Par ailleurs, la diversité des dossiers remontés montre une connaissance du dispositif variable selon les ARS.

Le questionnaire a pour objectif de donner plus de visibilité au ministère sur l'utilisation du mécanisme en région afin d'améliorer la gestion des dossiers et l'outil fongibilité.

Il est destiné à l'ensemble des ARS afin de recueillir leurs propositions et doit permettre :

[1] Circulaire DGOS/R1/DSS/1A/DGCS/5C no 2012-82 du 15 février 2012 relative aux opérations de fongibilité et transferts pris en compte pour la détermination des objectifs de dépenses sanitaires et médico-sociaux.

- De simplifier les outils permettant aux ARS de procéder aux opérations de restructuration qu'elles souhaitent mettre en œuvre au niveau local ;
- D'optimiser l'instruction et la validation des opérations de fongibilité ;

- D'identifier, le cas échéant, les évolutions permettant de favoriser la fongibilité des enveloppes dans le cadre de l'adaptation et du pilotage de l'efficience de l'offre de soins.

A des fins d'information, des éléments de bilan du dispositif fongibilité sur la période 2012-2015 sont déclinés en fin de questionnaire.

1. Utilisation du dispositif

Estimez-vous votre connaissance du dispositif :	Suffisante ☐	Insuffisante ☐
Avez-vous utilisé le dispositif au moins une fois sur la période 2013 à 2015 ?	Oui ☐	Non ☐
Estimez-vous votre fréquence d'utilisation du dispositif :	Suffisante ☐	Insuffisante ☐

Concernant les difficultés d'utilisation du dispositif ou les motifs justifiant le non recours à la fongibilité :

· Si vous jugez votre fréquence d'utilisation du dispositif fongibilité insuffisante, quelles en sont les raisons ?

· Votre connaissance du dispositif est-elle incomplète ?

· Jugez-vous le dispositif trop complexe à utiliser (constitution des dossiers, délai d'instruction) ?

· Sur le fond, le calcul du montant des transferts à opérer vous semble-t-il compréhensible et juste ?

· Plus globalement, rencontrez-vous des difficultés en termes de leviers financiers à disposition des agences pour procéder à certaines recompositions de l'offre ? Si oui, lesquelles et pour quel type de structure ?

- Si vous rencontrez de telles difficultés, comment procédez-vous en région pour y remédier et procéder le cas échéant à de telles recompositions ?

- Avez-vous des propositions d'évolutions au national susceptibles de favoriser la fongibilité entre enveloppes pour accompagner les opérations de restructuration en région ?

Quelle procédure interne permet la validation des dossiers de fongibilité ? L'ensemble des référents concernés par ces opérations (référents sanitaires et médico-sociaux) y participe-t-il ?

2. Opinion sur le dispositif

I. Concernant les catégories d'opérations de fongibilité (inadéquation, conversion d'activité et autre opération)

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Les distinctions opérées par la circulaire vous semblent-elles claires ?	☐	☐	☐	☐
Les distinctions opérées par la circulaire vous semblent-elles opérantes ?	☐	☐	☐	☐
Une évolution vous semble-t-elle souhaitable ? Si oui, laquelle (à décrire) ?	☐	☐	☐	☐

II. Concernant les éléments du dossier à constituer

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
La circulaire vous semble-t-elle claire sur les éléments du dossier à constituer ?	☐	☐	☐	☐

III. Concernant l'évaluation du montant à transférer

	Oui	Plutôt oui	Plutôt non	Non
Les dispositions de la circulaire relatives aux modalités de calcul du montant à transférer vous semblent-elles claires ?	☐	☐	☐	☐
Afin de chiffrer avec précision les montants à transférer, souhaiteriez-vous disposer de référentiels de coûts indicatifs, annexés à la circulaire ? Si oui, précisez lesquels :	☐	☐	☐	☐

Autres observations et propositions d'évolution du dispositif :

Quelles seraient vos suggestions pour simplifier la procédure de la circulaire de 2012 ?

Des évolutions du cadre normatif actuel vous paraissent-elles souhaitables ? Si oui lesquelles?

Autres suggestions ?

3. Utilisation du système d'allocation des ressources (HAPI)

La procédure d'utilisation de HAPI vous semble-t-elle claire ? Si non, quels éléments méthodologiques sont à préciser ?

4. Echanges avec l'administration centrale

Les échanges avec l'administration centrale vous semblent-ils satisfaisants ?

Quels seraient selon vous les points à améliorer ?

Les délais d'instruction vous semblent-ils satisfaisants ?

Bilan des opérations de fongibilité:

Sur la période 2012-2015 :

131 opérations de fongibilité (44 opérations ayant un impact au titre de l'exercice 2012, 33 en 2013, 35 en 2014 et 19 en 2015) pour un **montant total de 86M€.**

Au titre de l'année 2014 :

35 opérations de fongibilité ont eu un impact au titre de l'année 2014, correspondant soit à une restructuration au cours de l'année 2014, soit à un effet année pleine d'une opération ayant eu un impact en année n-1. Elles ont été formulées par 11 ARS différentes **pour un montant total de 30M€.**

La fongibilité asymétrique au profit des objectifs de dépense médico-sociaux représente 10M€.

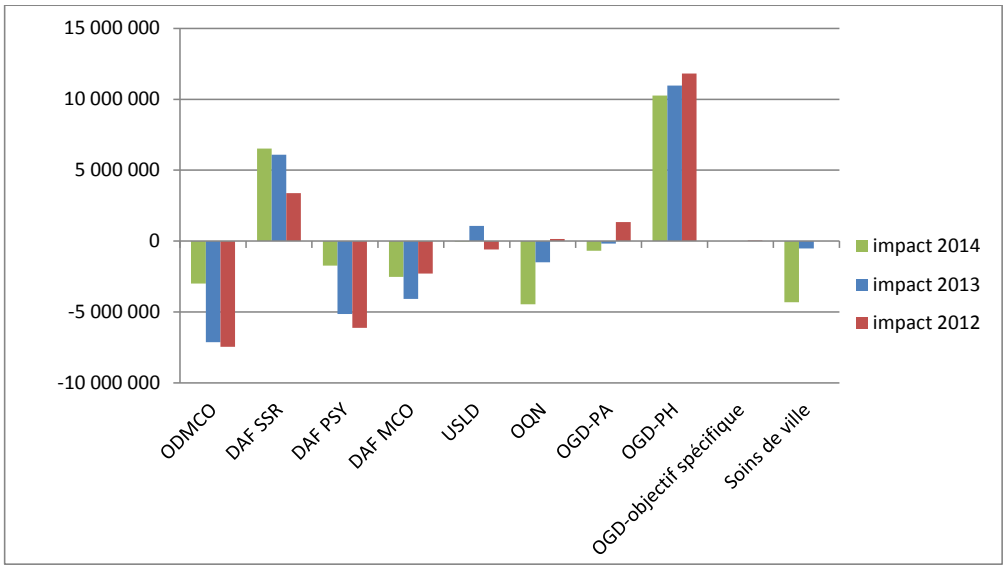
Au titre de l'année 2015 :

19 opérations de fongibilité ont eu un impact au titre de l'année 2015, correspondant soit à une restructuration au cours de l'année 2015, soit à un effet année pleine d'une opération ayant eu un impact en année n-1. Elles ont été formulées par 14 ARS différentes **pour un montant total de 25M€.**

La fongibilité asymétrique au profit des objectifs de dépense médico-sociaux représente 15M€.

Si les montants relatifs à la fongibilité ont légèrement diminué, les transferts au titre de la fongibilité asymétrique sont plus élevés au titre de l'année 2015. Le nombre d'ARS impliquées est par ailleurs en hausse.

Impact des opérations de fongibilité par sous-objectif entre 2012 et 2014 :



SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

CNG
Centre national de gestion

Arrêté du 5 juillet 2016 portant inscription au titre de l'année 2016 au tableau d'avancement à la hors-classe des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

NOR : *AFSN1630564A*

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2007-1939 du 26 décembre 2007 relatif au classement indiciaire applicable au corps des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté interministériel du 26 décembre 2007 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable au corps des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis émis par la commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en sa séance du 5 juillet 2016,

Arrête :

Article 1er

Les directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de classe normale ci-après sont inscrits au titre de l'année 2016 au tableau d'avancement à la hors-classe de ce corps :

1. BADOU Danielle.
2. BOYE-THIEBAUT Line.
3. CORNEFERT Béatrice.
4. GUEGNIAUD Emmanuel.
5. ORHAN Xenia.
6. REGAN-PY Hélène.

Article 2

Les directeurs mentionnés ci-dessus sont nommés à la date à laquelle ils remplissent toutes les conditions statutaires.

Article 3

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois à compter de sa notification, soit d'un recours gracieux auprès de l'administration auteur de la décision, soit d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

Fait le 5 juillet 2016.

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

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

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau de la démographie
et des formations initiales (RH1)

Direction générale des ressources humaines

Service des personnels enseignants
de l'enseignement supérieur et de la recherche

Sous-direction du pilotage du recrutement
et de la gestion des enseignants-chercheurs

Département des personnels enseignants-chercheurs
des disciplines de santé (A2-3)

Instruction interministérielle n° DGOS/RH1/DGRH/A2-3/2016/198 du 16 juin 2016 relative à l'ouverture, en 2016, de postes de chefs de clinique universitaires de médecine générale dans le cadre du pacte territoire santé II

NOR : *AFSH1616800J*

Validée par le CNP le 27 mai 2016. – Visa CNP 2016-92.

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

Résumé : instruction relative à l'ouverture en 2016 de postes de chef de clinique universitaire de médecine générale dans le cadre du pacte territoire santé II. Ce document porte à la fois sur les modalités de recueil des candidatures par université et sur le financement de ces nouveaux postes.

Mots clés : médecine générale – chef de clinique universitaire de médecine générale – troisième cycle des études de médecine – unité de formation et de recherche de médecine, départements de médecine générale.

Références :

Article L. 952-23-1 du code de l'éducation ;

Article L. 1435-4-1 du code de la santé publique ;

Décision du 23 octobre 2012 fixant le contrat type mentionné à l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique pour les enseignants des universités non titulaires de médecine générale.

Annexe : Tableaux nos 1 et 2 à retourner par les ARS.

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les présidents d'université ; Mesdames et Messieurs les recteurs d'académie, chanceliers des universités.

Dans le cadre de la politique de renforcement de l'offre de soins ambulatoire, la spécialité de médecine générale est replacée au cœur du système de santé.

Le soutien qui lui est apporté doit reposer en particulier sur une augmentation du nombre d'enseignants exerçant la médecine générale en ville.

Il a donc été décidé, dans le cadre du Pacte territoire santé II, d'accompagner le développement de la filière universitaire de médecine générale par l'ouverture de 80 nouveaux postes de chefs de clinique des universités en médecine générale (CCU-MG). Le déploiement de ces postes est prévu sur une période de deux ans, au 1er novembre 2016 et au 1er novembre 2017.

40 postes de CCU-MG seront ouverts cette année en vue d'une prise de fonction au 1er novembre prochain ou, le cas échéant, au 1er mai 2017.

Ces postes sont par principe destinés à de jeunes médecins généralistes exerçant en libéral en ville (maison de santé pluridisciplinaire ou cabinet).

Le financement sera assuré de la manière suivante :

– s'agissant de la part de leur rémunération liée à l'activité universitaire, elle sera versée par l'université qui procèdera à leur recrutement.

  Les agences régionales de santé conventionneront à cette fin avec les universités concernées afin de les rembourser des sommes engagées pour couvrir cette rémunération. Le financement sera assuré sur les crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

  Les crédits correspondants seront délégués à chaque ARS une fois la procédure d'affectation des postes présentée ci-dessous menée à son terme.

  Ces postes seront imputés sur le plafond des emplois sur ressources propres de l'université.

  À compter de 2018, les crédits correspondants seront assurés sur le budget de l'État ;

– s'agissant de la part de leur rémunération liée à l'activité de soins, elle sera assurée de manière habituelle par l'activité réalisée dans le cadre de l'exercice en ville assortie de la redevance et, le cas échéant, d'un complément de rémunération, définis par la décision du 23 octobre 2012 fixant le contrat type mentionné à l'article L. 1435-4-1 du code de la santé publique pour les enseignants des universités non titulaires de médecine générale et versés trimestriellement par les agences régionales de santé.

Nous remercions les agences régionales de santé de bien vouloir prendre l'attache des présidents d'universités de leur région comportant une unité de formation et de recherche de médecine et du directeur de cette unité de formation et de recherche afin de leur présenter ce projet qui s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Pacte territoire santé II et de leur demander :

– d'organiser le recensement, l'analyse et la priorisation des dossiers de candidatures de CCU-MG proposés en vue d'une nomination au 1er novembre 2016 ou au 1er mai 2017 ;

– de renseigner le tableau joint en annexe relatif aux effectifs d'enseignants de médecine générale et au nombre d'internes en médecine générale en cours de formation dans chaque subdivision.

Les agences régionales de la santé retourneront aux services des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, pour le 7 juillet 2016 au plus tard, les tableaux nos 1 et 2 complétés joints en annexe aux adresses électroniques suivantes :

DGOS-RH1-ENQUETES@sante.gouv.fr et secretaire.dgrha2-3@education.gouv.fr.

Il sera procédé, conjointement par les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la santé, à une répartition entre universités des 40 postes de CCU-MG ouverts en 2016, après analyse des demandes recensées dans le cadre de cette procédure. La communication de cette répartition sera assurée auprès des agences régionales de santé et des universités en septembre 2016 au plus tard.

La priorisation des dossiers au niveau des subdivisions ne vaut pas engagement vis-à-vis des candidats tant que la répartition des postes n'a pas été réalisée au niveau national.

Nos 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 des ressources humaines,
C. Gaudy

La directrice générale de l'offre de soins,
A.-M. Armanteras de Saxcé

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

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

TABLEAUX NOS 1 ET 2 À RETOURNER PAR LES ARS

1. Nombre de dossiers de candidature de CCU-MG proposés en vue d'une nomination

Dossiers de candidature CCU-MG pour le 1er novembre 2016 ou le 1er mai 2017				
UFR de médecine	Nombre de candidatures proposées	Description du projet d'enseignement et de recherche du département de médecine générale	Candidats identifiés	Observations
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	
			OUI NON	

2. Nombre d'enseignants en médecine générale et d'internes de médecine générale

UFR de médecine	Nombre d'enseignants en médecine générale – année universitaire 2015-2016		Nombre d'internes de MG – année universitaire 2015-2016			
	Nombre d'enseignants titulaires (en personnes physiques)	Nombre d'enseignants non titulaires (en personnes physiques)	Internes 1re année	Internes 2e année	Internes 3e année	Internes ayant validé leur DES et en attente de la soutenance de thèse

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 prévention des addictions

Instruction nº DGS/SP3/2016/221 du 24 juin 2016 relative à la déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019

NOR : *AFSP1618841J*

Validée par le CNP le 24 juin 2016. – Visa CNP 2016-101.

Date d'application : immédiate.

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 instruction a pour objet de présenter aux ARS les objectifs et une trame de déclinaison régionale du programme national de réduction du tabagisme. Il est demandé aux ARS d'élaborer la déclinaison régionale sur la période 2016-2019.

Mots clés : ARS – programme national de réduction du tabagisme – Moi(s) sans tabac

Références :

PNRT 2014-2019 et rapport annuel 2015 disponible sur le site http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme ;

Instruction nº DGS/MC3/DGCS/DGOS/SGM/INCA/2015/22 du 26 janvier 2015 relative à l'élaboration des feuilles de route régionales du plan Cancer 3 ;

Instruction nº DGS/MC2/INPES/2016/81 du 17 mars 2016 relative à la mise en œuvre du dispositif « Moi(s) sans tabac ».

Annexes :

Annexe 1. – Proposition de trame de déclinaison régionale du PNRT 2016-2019.

Annexe 2. – Indicateurs de consommation.

Annexe 3. – Bilan d'activités 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à Mesdames et Messieurs les préfets de département.

La présente instruction a pour objet de définir les modalités de déclinaison du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) en région. Elle précise les orientations communes de mise en œuvre, certaines des actions à décliner par chaque ARS, ainsi que les principes de la gouvernance nationale et régionale du PNRT. Il vous est demandé d'élaborer cette déclinaison au regard de l'état des besoins et des spécificités de votre région.

Le PNRT a été lancé par la ministre des affaires sociales et de la santé en septembre 2014 pour la période 2014-2019. Il porte des ambitions fortes de réduction du tabagisme d'ici à 2019 (– 10 % de fumeurs quotidiens) et au delà. Il s'agit de protéger les jeunes et d'éviter leur entrée dans le tabagisme, d'aider les fumeurs à s'arrêter et d'agir sur l'économie du tabac.

Le PNRT, objectif 10 du Plan cancer 2014-2019, est un levier important de la réussite du Plan cancer 2014-2019. La dynamique nationale en cours depuis 2014 doit maintenant s'articuler avec la dynamique régionale portée par les ARS.

1. **Les enjeux et les objectifs communs**

En 2014, le tabagisme concerne un tiers de la population entre 15 et 75 ans et un tiers des adolescents de 17 ans. Il est la première cause de mortalité évitable en France, la première cause de mortalité par cancer et constitue 7 % de la mortalité féminine et 21 % de la mortalité masculine. À terme, un fumeur sur deux décédera du tabac. Son coût social annuel est estimé en 2010 à 120 milliards d'euros et il engendre un déficit annuel de l'ordre de 13 milliards d'euros sur les comptes publics.

Une politique active de lutte contre le tabac est économiquement rentable. Ainsi, en Californie, pour les seuls coûts de santé, il est estimé qu'un dollar investi en rapporte 55 sur une période de 20 ans[1].

Le PNRT 2014-2019 porte des ambitions fortes :

1. D'ici à 2019, diminuer d'au moins 10 % le nombre de fumeurs quotidiens de 15 à 75 ans. Au niveau national, il s'agit de passer de 28,2 % à moins de 25,4 %.

2. D'ici à 2024, parvenir à ce que la proportion de fumeurs quotidiens de 15 à 75 ans passe en dessous de 20 %.

3. D'ici à 2032, faire que la génération des enfants nés à partir de 2014 soit non fumeuse à l'âge adulte, soit en dessous de 5 % de fumeurs quotidiens.

Le PNRT vise à poursuivre les objectifs mentionnés au travers de trois axes, onze leviers et des actions.

Axe I : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Rendre les produits du tabac moins attractifs.

Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer.

Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage.

Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.

Axe II : Aider les fumeurs à s'arrêter

Développer une information plus efficace en direction des fumeurs.

Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac.

Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac.

Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Axe III : Agir sur l'économie du tabac

Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique.

Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques.

Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.

Le PNRT à l'instar du plan cancer, s'appuie sur l'ensemble des moyens d'intervention : la prévention, le repérage, l'aide au sevrage, l'observation, l'évaluation et la recherche appliquée, en mobilisant tous les acteurs et en associant les parties prenantes.

Vous trouverez le rapport 2015 de la première année de mise en place du PNRT sur le lien suivant : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_pnrt_2015.pdf

[1] James Lightwood, Stanton A. Glantz. The Effect of the California Tobacco Control Program on Smoking Prevalence, Cigarette Consumption, and Healthcare Costs: 1989–2008, *PLOS ONE*, volume 8 (February 2013): e47145.

2. **La gouvernance nationale du PNRT**

a) Le comité de pilotage du PNRT

Présidé par le directeur général de la santé, le comité de pilotage national du PNRT associe la MILDECA, mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, l'INCa, Institut national du cancer, la CNAMTS, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, l'ANSP, Agence nationale de santé publique, la direction de la sécurité sociale, la direction des ressources humaines des ministères sociaux, le SGMAS, secrétariat général des ministères des affaires sociales et un représentant des agences régionales de santé. Le comité se réunit trimestriellement et constitue un espace de pilotage, de suivi et de facilitation de la mise en œuvre.

b) Le comité national de coordination du PNRT

Coprésidé par le DGS et la présidente de la MILDECA, il se réunit 2 fois par an et associe les administrations centrales, le SGMAS, les ARS de l'Île-de-France et des Pays de la Loire, l'INCa, la CNAMTS, l'ANSP, des associations de lutte contre le tabac et des associations de malades, des sociétés savantes, des représentants des professions de santé. Il assure le suivi des actions déployées, renforce les synergies entre les acteurs institutionnels et de la société civile, propose des ajustements au comité de pilotage.

c) Les groupes de travail

4 groupes de travail ont pour mission de fournir au comité de pilotage des propositions concernant les aspects « Connaissances » (évaluation, surveillance, observation, recherche), « Juridiques » (cadre contentieux et juridique), « International » (dynamique collaborative avec les pays avancés dans la lutte contre le tabagisme, appui aux pays francophones sur ce champ) et « PNRT-Régions ».

d) Le groupe ressource « PNRT-Régions »

Il est composé de l'INCa, l'ANSP, la MILDECA, la CNAMTS et des ARS. Le groupe ressource a été sollicité pour impulser la démarche et suivre la mise en place du PNRTen régions. L'objectif est de réaliser le suivi du déploiement et de proposer des synergies pour l'avancée du PNRT. Les correspondants ARS de ce groupe ressource sont pour l'essentiel issus des correspondants addictions et/ou plan cancer. Il se réunira semestriellement à l'occasion des rencontres des correspondants addictions ou des correspondants cancer organisés par l'INCa et le SGMAS.

3. **La gouvernance et la déclinaison régionales du PNRT**

Les ARS ont un rôle essentiel pour la réussite du PNRT 2014-2019 en déclinant des actions qui vont tenir compte des spécificités de leur territoire.

Vous organiserez la promotion et la déclinaison des actions du PNRT avec les acteurs, les parties prenantes, les usagers, les professionnels et les collectivités locales en informant la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées ainsi que les conseils territoriaux de santé.

L'année 2016 est une année importante avec la mise en place de la déclinaison régionale, le développement d'actions liées au PNRT et au Plan cancer. Par ailleurs la nouvelle configuration des régions engendre des changements dans les organisations des ARS.

Afin de tenir compte de ce contexte, il est attendu une note présentant votre déclinaison régionale en détaillant les actions sur 2016-2019 selon les 3 axes du PNRT (annexe 1). Celle-ci vient compléter votre feuille de route régionale du Plan cancer.

Vous transmettrez d'ici le 28 octobre 2016 la déclinaison régionale à la DGS à l'adresse suivante : dgs-sp3@sante.gouv.fr.

Vous trouverez en annexe 3 le bilan souhaité pour 2016 en 3 questions que vous enverrez pour le 28 janvier 2017 à l'adresse dgs-sp3@sante.gouv.fr. Afin de préciser le bilan pour les années 2017-2019 et de le coordonner avec celui du Plan cancer, le groupe ressource « PNRT Régions » se réunira en 2016 et fera des propositions pour les années 2017-2019.

Vous pouvez solliciter la DGS pour toute question relative au PNRT. Le secrétariat général du ministère des affaires sociales et l'INCa restent également à votre disposition.

Contacts :
DGS : Sylvie Chazalon sylvie.chazalon@sante.gouv.fr
SGMAS : Elisabeth Féry-Lemonnier elisabeth.fery-lemonnier@sg.social.gouv.fr
INCa : Laure Albertini lalbertini@institutcancer.fr

Pour la ministre et par délégation :

Le secrétaire général,
P. Ricordeau

Le directeur général de la santé,
Pr B. Vallet

ANNEXE 1

PROPOSITION DE TRAME DE DÉCLINAISON RÉGIONALE DU PNRT 2014-2019

Les axes et les leviers sont issus du PNRT 2014-2019. Vous trouverez les actions réalisées dans le rapport annuel 2015, mis en ligne sur le site :

http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme.

Plusieurs dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et de l'ordonnance du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE concernent le tabac et constituent des points d'appui pour décliner le PNRT.

Missions dans le champ des actions de promotion de la santé

Les ARS ont une démarche qui associe l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Ces missions de démocratie sanitaire (développement de la concertation, du débat public, amélioration de la participation des acteurs de santé, la promotion des droits individuels et collectifs des usagers) sont essentielles et constituent un atout majeur pour mettre en œuvre des actions régionales visant à réduire le tabagisme et réaliser la première génération sans tabac.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 établit que les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques, favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation, des outils de prévention et d'éducation à la santé.

Dans le cadre de la gouvernance régionale, vous réaliserez la concertation et la coordination des actions :

- en sensibilisant les partenaires membres de la CRSA et des commissions de coordination des politiques publiques, les partenaires des conseils territoriaux de santé ;
- lors de la participation à la déclinaison régionale du Plan santé travail 3 ;
- en lien avec les caisses d'assurance maladie, notamment dans le cadre de la commission régionale de la gestion des risques ;
- et les réseaux de mutuelles.

Axe I : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Levier I-1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs

Actions réalisées au niveau national

Au cours de l'année 2016, la mise en œuvre des mesures de la LMSS et de la directive 2014/40/UE a permis l'entrée en vigueur du paquet neutre pour les cigarettes et le tabac à rouler, la mise en place de nouveaux avertissements sanitaires et l'augmentation de leur taille (65 % recto & verso), l'interdiction des arômes perceptibles dans les produits du tabac, l'interdiction des marques promouvant le tabac, l'interdiction de la publicité en faveur des e-cigarettes en dehors des lieux de vente...

Propositions d'actions des ARS

Inclure les thématiques « PNRT » dans le parcours éducatif de santé[2] : par exemple avec des actions visant à développer les compétences psychosociales des jeunes, visant à la débanalisation du tabac.

Accompagner, sensibiliser les municipalités en appuyant des actions visant à débanaliser le tabac et lors de la promotion d'environnements favorables à la santé.

Autres actions...

[2] Circulaire MENESR DGESCO B3-1 n° 2016-058 du 13-4-2016- (NOR : MENE1608893C).

Levier 1-2: Étendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

Actions réalisées au niveau national

Au cours de 2015 et 2016, les zones où il est interdit de fumer ont été étendues afin de mieux protéger les mineurs avec une interdiction de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 18 ans (L. 3512-9 du code de santé publique) et l'interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants (décret n° 2015-768 du 29 juin 2015).

Les compétences des agents de police municipale, gardes champêtres, agents de surveillance de Paris ainsi que les agents de la ville de Paris chargés d'un service de police (L. 3515-2 du code de santé publique) ont été étendues pour exercer des contrôles sur le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Projet de développement courant 2016 de la charte « Ma terrasse sans tabac » : celle-ci est fondée sur le volontariat des professionnels de la restauration et de l'hôtellerie qui s'engageraient à proposer des terrasses en partie ou complètement sans tabac.

Au cours de 2016, projet de groupe de travail avec le RESPADD pour le développement et le renforcement de l'application de la Charte « Hôpital sans tabac »

Propositions d'actions des ARS

Mobiliser les établissements dans le champ de compétences des ARS au respect de l'interdiction de fumer dans certains lieux collectifs (et de vapoter, voir ci-dessous).

Mobiliser les municipalités et plus largement les collectivités territoriales pour mettre en place une stratégie d'information afin de développer les espaces sans tabac dans la région (plages, parcs, proximité d'établissements scolaires) et promouvoir le respect des espaces sans tabac (aires de jeux). Par exemple, utiliser le levier des contrats locaux de santé et des contrats de ville ou du réseau des villes santé OMS.

Mobiliser les partenaires (Préfet, chef de projets MILDECA, éducation nationale, DIRECCTE, transports…) pour appuyer le respect de l'interdiction de fume[3] (et de vapoter, voir ci-dessous) dans certains lieux collectifs.

Vérifier le respect des mesures d'interdiction de fumer (et de vapotage) dans le cadre des inspections d'établissements dans le champ de compétence des ARS. Soutenir la Charte Hôpital sans tabac auprès des établissements.

Autres actions…

Levier I-3: Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

Interdiction de vapotage dans certains lieux collectifs. Restriction importante de la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage depuis le 20 mai 2016.

Propositions d'actions des ARS

Sensibiliser les partenaires (éducation nationale, DIRECCTE, transports…) à l'interdiction du vapotage dans les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ; les moyens de transport collectif fermés ; les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Vérifier le respect des mesures d'interdiction de vapotage dans le cadre des inspections d'établissements dans le champ de compétence des ARS (et de fumer voir ci-dessus).

Autres actions...

Levier I-4: Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

La loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016 (article 31) et l'ordonnance du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE (L. 3515-2 du code de la santé publique) habilitent des agents de police municipale, les gardes champêtres, les agents de

[3] Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 publié au *JO* le 16 novembre 2006, codifiant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif. Décret n° 2007-75 du 22 janvier 2007 relatif à l'habilitation des agents de l'État et des collectivités territoriales chargés de constater les infractions en matière de contrôle sanitaire et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Décret n° 2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux.

surveillance de Paris ainsi que les agents de la ville de Paris chargés d'un service de police (…). Ils peuvent constater par procès-verbaux les infractions aux articles L. 3512-12 et L. 3513-5, L. 3512-8 et L. 3513-6 du CSP.

Cette habilitation leur permet de contrôler d'une part, l'interdiction de vente aux mineurs de produits du tabac ou des dispositifs de vapotage ou des flacons de recharge qui leur sont associés (articles L. 3512-12 et L. 3513-5 du CSP) et d'autre part, l'interdiction de vapoter notamment dans les moyens de transport collectif fermés (article L. 3513-6 du CSP). Pour constater l'infraction aux articles L. 3512-12 et L. 3513-5 du CSP, ils peuvent exiger que le client établisse la preuve de sa majorité, par la production de tout document officiel muni d'une photographie.

Propositions d'actions des ARS

Sensibiliser les municipalités à une stratégie d'information de rappel à la loi et/ou de contrôles, notamment dans le cadre des contrats locaux de santé et des contrats de ville ou du réseau des villes santé OMS, en lien avec les chefs de projets MILDECA.

Autres actions…

Axe II : Aider les fumeurs à s'arrêter

Levier II-1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

Afin de sensibiliser les fumeurs, 2 campagnes nationales de communication INPES ont été réalisées en septembre 2014, et janvier mai septembre 2015 sur les risques du tabac et pour promouvoir Tabac Info service 39 89 avec sa nouvelle application mobile.

L'application pour smartphone et tablette Tabac info service a été lancée en janvier 2015 et a permis d'enrichir l'offre de service : coaching personnalisé, interactions avec les tabacologues, annuaire des consultations… Par ailleurs, une nouvelle version de e-coaching sera développée par les partenaires ANSP/CNAMTS en septembre 2016.

Un pictogramme « grossesse sans tabac » a été mis en place sur tous les contenants de produits du tabac (paquets de cigarettes, les paquets de tabac à rouler, les boites de cigarillos et les boites de cigares[4]).

En 2016, le dispositif « Moi(s) sans tabac » est mis en place. Il s'agit d'un défi collectif qui consiste à inciter et accompagner, *via* des actions de communication et de prévention de proximité, tous les fumeurs dans une démarche d'arrêt du tabac sur une durée de 28 jours. Un appel à projets de l'ANSP et un appel à projet de la CNAMTS permettent la mise en œuvre de ce dispositif.

Un groupe de travail spécifique sur la déclinaison du PNRT est mis en place avec la Conférence nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE).

Propositions d'actions des ARS

Promouvoir l'autorisation donnée aux infirmiers, chirurgiens dentistes, sages-femmes, médecins du travail, masseurs kinésithérapeutes de prescrire des TNS.

Décliner l'action « Moi(s) sans tabac » en région.

Grossesse et tabac.

Informer et agir en direction des femmes enceintes et de leur entourage.

Sensibiliser les professionnels de la grossesse et de la petite enfance pour aborder systématiquement ce sujet avec leurs patients et accompagner les patients lors de la démarche d'arrêt.

Promouvoir les outils d'aide à distance pour le sevrage tabagique (Tabac Info service, 3989, Application pour ordiphone, e-coaching) en direction des professionnels de santé, du secteur éducatif, et du secteur social et associatif.

Autres actions…

[4] Arrêté du 24 février 2015 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac et insérant un pictogramme destiné aux femmes enceintes.

Levier II-2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

Mise à disposition dans les CSAPA de moyens pour proposer une amorce d'un mois de traitement par TSN. Publication d'un guide pratique pour les professionnels de santé pour accompagner les jeunes à l'arrêt du tabac (Fédération Addiction, RESPADD, INCa).

En 2016, publication d'une brochure INCa pour les patients qui ont un cancer et qui souhaitent arrêter de fumer.

Propositions d'actions des ARS

Développer et structurer l'offre de repérage et d'aide au sevrage tabagique au sein des structures médicosociales et plus particulièrement les CSAPA et les CJC.

Mobiliser les CSAPA en utilisant les crédits de l'enveloppe ONDAM médico-social spécifique alloués en 2014 et 2015[5] à l'achat de TSN afin de proposer des amorces de traitements et de rendre les TSN accessibles.

Développer et structurer l'offre de repérage et d'aide au sevrage tabagique au sein des établissements de santé publics comme privés et plus particulièrement des ELSA, consultations de tabacologie, d'addictologie et services de pneumologie, de cardiologie, de cancérologie, d'obstétrique, d'addictologie et de psychiatrie.

Promouvoir l'utilisation du e-learning concernant le repérage et l'aide au sevrage tabagique pour les médecins, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes…

Faire connaître les nouvelles catégories de professionnels de santé habilitées à prescrire des TSN (article 134 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

Sensibiliser, en lien avec l'assurance maladie, les ordres, les URPS, les fédérations de professionnels exerçant au sein de structures d'exercice regroupé, aux droits de prescription des nouveaux professionnels habilités.

Faire connaître aux médecins du travail, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes leurs nouvelles prérogatives de prescription de TSN et les possibilités de formation sur l'accompagnement au sevrage tabagique.

Sensibiliser les responsables de formation initiale des professions susmentionnées de l'intégration dans la formation du thème de l'aide au sevrage et de la possibilité de prescription.

Autres actions…

Levier II-3 : Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac :

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

Le forfait d'aide au sevrage tabagique (50 € par bénéficiaire et par année, sur prescription) a été triplé pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMUc et les personnes en ALD cancer en 2014-2015 (et pour rappel en 2011 pour les femmes enceintes).

En 2016, les mesures suivantes de la loi de modernisation de notre système de santé entrent en vigueur : élargissement des professionnels pouvant prescrire des substituts nicotiniques (médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes) et élargissement des droits de prescription des sages-femmes.

Propositions d'actions des ARS

Faire connaître, en lien avec l'assurance maladie, aux professionnels de santé et à ceux du secteur médico-social l'existence du forfait pour tout bénéficiaire et du forfait triple pour les 20-30 ans, les bénéficiaires de la CMU-C, les ALD-cancer et les femmes enceintes.

Promouvoir l'information sur les nouveaux outils d'accompagnement et de formation : e-coaching (TIS), e-learning (SFT).

Autres actions…

Levier II-4 : Rendre exemplaires les institutions de santé

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

La direction des ressources humaines des ministres sociaux a aménagé des espaces fumeurs en rez-de-jardin et des espaces non fumeurs sur les terrasses.

La « charte administration sans tabac » a été créée et sa mise en œuvre a fait l'objet d'une instruction promouvant l'exemplarité des administrations[5].

Au niveau du ministère de la santé, le service de médecine de prévention propose une prise en charge globale aux agents qui souhaitent arrêter de fumer.

Propositions d'actions des ARS

Décliner les mesures de la charte « Administration sans tabac » au sein des ARS.

Promouvoir ce type de charte au sein des établissements avec lesquels l'ARS est en relation (établissements hospitaliers, secteur médico-social, autres administrations d'État ou territoriales…).

Développer l'aide au sevrage tabagique pour les professionnels de ces établissements en lien avec la médecine du travail et les CHSCT.

Autres actions…

Axe III : Agir sur l'économie du tabac

Levier III-1 : lutter contre le commerce illicite

Pour information

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

La MILDECA pilote le plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac avec la direction générale des douanes et des droits indirects et la DGS. Une aggravation des sanctions pour contrebande est prévue dans la LMSS (article 32).

Levier III-2 : améliorer la transparence de l'industrie du tabac

Actions réalisées au niveau national en 2015 et 2016

Deux mesures de la loi de santé et de l'ordonnance du 19 mai 2016 portant transposition de la directive 2014/40/UE améliorent la transparence de l'industrie du tabac : afin de réaliser une meilleure transparence des relations entre les industriels du tabac et les décideurs publics (L. 3512-7 du CSP) un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sera mis en place courant 2016 (article 26 de la LMSS) et interdiction générale des opérations de parrainage et de mécénat promouvant directement ou indirectement le tabac (article 23 de LMSS et article L. 3512-4 du CSP).

Propositions d'actions des ARS

Vigilance sur l'interdiction des activités de parrainage et de mécénat.

Autres actions…

[5] Circulaire n° DRH/SD3/2015/376 du 4 décembre 2015 relative à la mise en œuvre au sein des administrations du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 et à leur exemplarité.

ANNEXE 2

INDICATEURS DE CONSOMMATION

Pour rappel, 4 grandes enquêtes portent sur la santé des jeunes et des adultes et abordent les consommations de produits psychoactifs :

– ESCAPAD chez les jeunes de 17 ans lors de la Journée de défense et citoyenneté ;
– ESPAD dans 36 pays en Europe chez les adolescents de 15-16 ans scolarisés ;
– HBSC tous les 4 ans dans 41 pays chez les élèves 11, 13 et 15 ans ;
– le volet « addictions » du baromètre santé de l'INPES chez les adultes de 11 à 75 ans.

Des indicateurs nationaux pourraient être déclinés au niveau régional. Afin de préciser les indicateurs pertinents à suivre au cours du déploiement du PNRT en régions (2016-2019), le groupe ressource « PNRT Régions », présenté en 2 § *d*, engagera en 2016-2017 un travail de définition avec les opérateurs concernés.

ANNEXE 3

BILAN D'ACTIVITÉS 2016

S'agissant du bilan de l'année 2016, il est demandé de faire remonter, au 28 janvier 2017, les 3 informations suivantes :

– déclinaison régionale du PNRT : réalisée oui/non ;
– mise en place d'actions du dispositif Moi(s) sans tabac : oui non ;
– mise en place d'une charte administration exemplaire en ARS : oui/non.

À l'adresse suivante : dgs-sp3@sante.gouv.fr

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Santé environnementale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction prévention des risques
liés à l'environnement et à l'alimentation

Bureau qualité des eaux

Bureau de l'environnement extérieur
et des produits chimiques

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 cohésion sociale

Note d'information n° DGS/EA1/EA4/DGOS/PF2/DGCS/2016/118 du 11 avril 2016 relative à la publication d'un guide technique portant sur la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux

NOR : *AFSP1609793N*

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 27 mai 2016. – N° 40.

Date d'application : immédiate.

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

Résumé : la présente note d'information présente le guide technique portant sur la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux publié sur le site Internet du ministère chargé de la santé.

Mots clés : développement durable – déchet liquide – déchet issu de médicaments – déchet dangereux – eaux usées – établissement de santé – établissement médico-social.

Références :

Code de l'environnement : articles L. 541-1 à L. 541-50 et R. 541-7 à R. 541-11;

Code de la santé publique : articles L. 5132-1, L. 4211-2, L. 1331-10, L. 1331-15, L. 1333-4, L. 1335-2 et R. 1311-5, R. 1331-2, R. 1333-4, R. 1333-12, R. 1333-50, R. 1335-1 à R. 1335-8, R. 4211-24 à R. 4211-31, R. 5132-36, R. 6322-17.

Code du travail : articles L. 4122-1 et R. 4216-1 à R. 4216-32, R. 4412-21.

Texte abrogé : circulaire n° 429 du 8 avril 1975 relative aux problèmes d'hygiène publique dans les établissements hospitaliers

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

La présente note d'information présente le guide technique portant sur la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les établissements de santé et médico-sociaux publié sur le site Internet du ministère chargé de la santé.

1. **Éléments de contexte**

L'activité des établissements de santé (ES) et médico-sociaux (EMS) génère différents types de déchets, notamment des déchets dangereux (déchets à risque chimique, infectieux, radioactif, déchets issus de médicaments…) relevant ou non d'activités spécifiques liées aux soins. Depuis plusieurs années, la prise en charge des déchets liquides à risques apparaît comme un nouvel enjeu pour les professionnels exerçant au sein de ces établissements en matière de santé publique et de développement durable (prévention de la contamination des milieux). Dans ce contexte, plusieurs démarches peuvent être évoquées :

– la gestion des déchets est inscrite dans la procédure de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
– l'intégration des enjeux du développement durable dans les pratiques professionnelles des acteurs de santé (parmi lesquelles la gestion des déchets) a fait l'objet d'une convention portant engagements mutuels entre les ministères chargés de l'écologie et de la santé et les fédérations hospitalières (une première convention a été signée en 2009 dans le cadre du Grenelle de l'environnement et cette convention devrait être renouvelée au cours de l'année 2016).

Par ailleurs, s'agissant spécifiquement des déchets issus de médicaments, le plan national sur les résidus de médicaments dans les eaux (PNRM, 2011-2015), co-piloté par la direction générale de la santé (DGS) du ministère chargé de la santé et la direction de l'eau et de la biodiversité du ministère chargé de l'écologie, visait notamment à préserver l'environnement et les ressources en eau vis-à-vis des résidus de médicaments, et à réduire à la source leurs émissions dans l'environnement, notamment par des stratégies de prévention portant sur la gestion des déchets souillés et des médicaments non utilisés.

En outre, suite à la conférence environnementale de novembre 2014, l'une des mesures inscrites dans la feuille de route du Gouvernement en matière d'environnement pour l'année 2015 concerne spécifiquement la gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides dans les ES et EMS.

2. **Objectifs**

La DGS a établi, avec l'appui d'un groupe d'experts multidisciplinaire, un guide technique pour la bonne gestion des déchets issus de médicaments (qu'ils soient sous forme solide ou liquide) et des déchets liquides (à risques chimique, infectieux, radiologique ou combinés) des ES et EMS, publié sur le site Internet du ministère chargé de la santé (Guide disponible sur le site Internet du ministère chargé de la santé : social-sante.gouv.fr, rubrique Professionnels/Gérer un établissement de santé/médico-social/Qualité dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux).

Ce guide a pour objectifs de rappeler les circuits encadrés de traitement des déchets, lorsqu'ils existent, et de proposer des bonnes pratiques lorsqu'aucune règle spécifique ne s'applique en évoquant le tri, l'emballage et le stockage, le transport et l'élimination. Ces mesures visent à éviter le déversement non maîtrisé de ces déchets dans le réseau d'eaux usées des établissements puis leur dissémination dans l'environnement. L'une des principales recommandations de ce guide est l'identification d'une filière spécifique de tri de certains déchets issus de médicaments.

Le guide répond ainsi à plusieurs enjeux, qui s'inscrivent plus largement dans un objectif de préservation de la santé des populations :

– enjeux environnementaux, afin de limiter les émissions de polluants dans l'environnement par une gestion en amont des déchets ;
– enjeux de qualité, au regard de la certification de la HAS qui tient compte de la gestion de l'ensemble des déchets produits par l'établissement ;
– enjeux de sécurité du personnel car la manipulation des déchets contribue à l'exposition aux produits chimiques, aux radionucléides et aux agents biologiques ;
– enjeux financiers car le champ des déchets est un poste de dépenses important pour lequel des économies peuvent être recherchées.

Le guide met à disposition des établissements un outil d'aide méthodologique pour développer des bonnes pratiques et les harmoniser (cahier des charges type pour l'enlèvement des déchets, aide à l'identification des déchets chimiques dangereux, logigrammes de décision pour chaque famille de déchets).

Il convient de noter que, compte tenu de la spécificité de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des difficultés liées à la transposition de mesures prises initialement pour les établissements avec hébergement vers les établissements d'HAD, les établissements d'HAD sont exclus du champ de ce guide.

Une information des fédérations hospitalières (par courrier) et de l'ensemble des ES (par courriel) a été réalisée par le ministère chargée de la santé (diffusion dématérialisée du document).

3. **Perspectives et implication des ARS**

Un sujet transversal au sein des ARS

Ce guide s'inscrit pleinement dans les politiques déployées ces dernières années dans le champ du développement durable et dans lesquelles les ES et EMS se sont engagés. À titre d'exemple :

– la signature en 2009 de la convention mentionnée ci-dessus, qui témoigne d'une mobilisation et d'une prise de conscience de la nécessité de mettre en place une démarche de développement durable au sein des établissements. Les fédérations hospitalières se sont donc engagées aux côtés de leurs adhérents pour décliner les grands principes de cette convention et permettre de les évaluer grâce à la mise en place depuis 2008 d'un baromètre « Santé durable » ;
– le développement d'un système de santé de qualité, durable, économiquement viable, respectueux de l'environnement et offrant une bonne qualité de vie au travail aux professionnels à travers la responsabilité sociétale de l'entreprise (RSE) au sein des ES et EMS, démarche soutenue par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

Ainsi, le déploiement des recommandations issues du guide devrait s'appuyer sur une synergie entre l'ensemble des services qui, au sein des ARS, sont en charge de ces sujets, à la croisée des problématiques environnementales et des politiques publiques touchant les établissements et l'offre de soins.

Une communication sur la parution du guide technique

Les ARS sont invitées à relayer le guide au niveau des territoires, par exemple dans le cadre de manifestations qu'elles organisent en lien avec ce sujet ou dans le cadre de démarches partenariales développées pour permettre la prise en compte du développement durable dans les ES et EMS mais également dans la continuité des actions conduites dans le cadre du programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE).

Ainsi, dans la perspective de l'organisation de manifestations destinées à faire connaître ce document, 4 000 exemplaires papier d'un « flyer » d'information sont mis à la disposition des ARS et des fédérations hospitalières.

Les ARS qui souhaitent disposer de « flyer » d'information sont invitées à adresser leur demande à delphine.caamano@sante.gouv.fr et nathalie.franques@sante.gouv.fr (copie à : dgs-ea4@sante.gouv.fr), d'ici le 1er septembre 2016.

Une déclinaison qui s'inscrit dans de récents plans et dans la programmation

L'élaboration des 3e Plans régionaux santé environnement (PRSE 3), destinés à créer une réelle dynamique collective en santé-environnement dans les territoires, prendra corps à travers des groupes de travail en régions, sous l'impulsion des ARS et des directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL). Les PRSE 3 pourraient être un outil pour faire connaître le guide et favoriser la mise en œuvre des recommandations.

En outre, le guide technique est désormais ancré dans le projet de plan national interministériel (écologie, santé, agriculture) portant sur les micropolluants dans les eaux et dont l'action no 2 vise à sensibiliser les établissements à une bonne gestion des déchets issus de médicaments et des déchets liquides (le plan devrait être lancé dans le courant du second semestre 2016). La mise en œuvre de cette action, déclinable au niveau des territoires, reposera notamment sur la mise à disposition d'outils pédagogiques tels que des modules de formations ainsi que la mobilisation des aides financières mentionnées dans le guide technique, auprès des Agences de l'eau ou de l'ADEME, pour la mise en place des bonnes pratiques identifiées dans le guide.

Ces éléments de cadrage représentent une opportunité pour les ARS, leur permettant de favoriser la mise en œuvre d'une politique de développement durable au sein des ES et EMS intégrant la déclinaison des recommandations du guide technique.

L'intégration de cette problématique pourrait être envisagée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) établis entre les ARS et les ES, par exemple dans les rubriques relatives à la qualité et la sécurité des soins ou relative au pilotage interne de l'établissement.

Vous voudrez bien nous faire part des éventuelles difficultés rencontrées sur ce sujet.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,	*Le directeur général de la cohésion sociale,*	*Le directeur général de la santé,*
A.-M. Armanteras de Saxcé	J. P. Vinquant	Pr B. Vallet

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 juillet 2016 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2017

NOR : *AFSA1630560A*

La ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu les articles D. 312-111 à D. 312-122 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 19 novembre 1997 modifié créant un certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles,

Arrête :

Article 1er

Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles sera organisée en 2017. Cette session est ouverte aux candidats réunissant les conditions prévues par les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé.

Article 2

Les épreuves de la première partie de cet examen se dérouleront les 4 et 5 janvier 2017 à Paris. Les épreuves de la deuxième partie se dérouleront du 21 au 23 juin 2017 à Paris, à l'exception de l'épreuve pratique intitulée « séquence réelle avec une personne handicapée de la vue » qui se déroulera du 5 au 16 juin 2017 dans l'établissement dans lequel le candidat a effectué son stage.

Article 3

Les dossiers de candidature devront être adressés, par l'intermédiaire des directeurs d'établissements ou des centres de formation, au 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 l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées (DGCS/3b), 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP.

La date de clôture des inscriptions est fixée au 22 novembre 2016.

Le mémoire prévu à l'article 8 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé devra parvenir en sept exemplaires et en version électronique à l'adresse mentionnée ci-dessus au plus tard le 6 juin 2017, à midi.

Article 4

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, dont une mention sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 11 juillet 2016.

Pour la ministre et par délégation :
La sous-directrice de l'autonomie,
des personnes handicapées
et des personnes âgées,
N. Cuvillier

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 17 juin 2016 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (*JO*RF n° 148 du 26 juin 2016)

NOR : *AFSA1617042A*

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 15 avril 2016 ;

Vu les notifications en date des 21 avril et 23 mai 2016,

Arrête :

Art. 1er. – 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. – *Convention collective du 31 octobre 1951*

1) Avenant n° 2016-02 du 10 février 2016 relatif à la formation professionnelle

2) Décision unilatérale du 26 février 2016 relative à la revalorisation du salaire minimum conventionnel

II. – *Convention collective du 26 août 1965 (UNISSS)*

Avenant n° 03-2015 du 22 décembre 2015 relatif au régime de prévoyance

B. – **Accords d'entreprise ou décisions unilatérales**

I. – *Association La Sauvegarde*
(13009 Marseille)

Accord d'entreprise du 17 décembre 2015 relatif au remboursement des frais de transport

II. – *Association ARIA*
(75014 Paris)

Accord d'entreprise du 16 septembre 2015 relatif à l'aménagement du temps de travail

III. – *Association Les Cités du Secours catholique*
(75020 Paris)

Accord d'entreprise du 24 novembre 2015 relatif à la prévoyance

IV. – *Association La Sauvegarde du Val-d'Oise*
(95300 Pontoise)

Accord d'entreprise du 24 novembre 2015 relatif à la prévoyance

C. – **Accords d'entreprise et décisions unilatérales relatifs à la mise en œuvre de la complémentaire santé**

I. – *ADAPEI des Alpes-Maritimes (06204 Nice)*

Accord d'entreprise du 4 décembre 2015

II. – *Association CSAPA 08 (08000 Charleville-Mézières)*

1) Décision unilatérale du 14 septembre 2015 pour le groupement de coopération médico-sociale

2) Décision unilatérale du 14 septembre 2015 pour l'association Accueil et soins aux toxicomanes

III. – *Association Palliance (12850 Onet-le-Château)*

Décision unilatérale du 3 décembre 2015

IV. – *Association régionale pour l'intégration (ARI) (13006 Marseille)*

Décision unilatérale du 21 décembre 2015

V. – *Association Le Bercail (24170 Sainte-Foy-de-Belvès)*

Décision unilatérale du 27 novembre 2015

VI. – *Association Pluriels (26700 Pierrelatte)*

Décision unilatérale du 17 novembre 2015

VII. – *Association Les PEP 43 (43160 La Chaise-Dieu)*

Décision unilatérale du 10 septembre 2015

VIII. – *APEI Hénin-Carvin (62253 Hénin-Beaumont)*

Décision unilatérale du 3 novembre 2015

IX. – *EHPAD Les Molènes (68490 Bantzenheim)*

Décision unilatérale du 8 décembre 2015

X. – *Fondation Jean DOLLFUS (68060 Mulhouse)*

Accord d'entreprise du 7 janvier 2016

XI. – *ADAPEI 69 (69447 Lyon)*

Accord d'entreprise du 8 novembre 2015

XII. – *ADSEA 69 (69007 Lyon)*

Décision unilatérale du 1er décembre 2015

XIII. – *ARIMC Rhône-Alpes (69009 Lyon)*

Accord d'entreprise du 3 décembre 2015

XIV. – *CAPH du Bassin minier*
(71450 Blanzy)

Décision unilatérale du 30 novembre 2015

XV. – *Association La Maison maternelle*
(75014 Paris)

Accord d'entreprise du 15 décembre 2015

XVI. – *Association La Ligue havraise*
(76064 Le Havre)

Protocole d'accord du 4 novembre 2015

XVII. – *Association AGOS*
(77184 Emerainville)

Décision unilatérale du 28 octobre 2015

XVIII. – *Groupe SOS Jeunesse - Le Renouveau*
(95160 Montmorency)

Décision unilatérale du 18 novembre 2015 et additif du 9 décembre 2015

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

A. – **Accords de branche et conventions collectives**

I. – *UDES-UCANSS-USH*

Avenant du 15 septembre 2015 à l'Accord collectif du 14 novembre 2011 relatif à la modification de la convention de création d'UNIFORMATION du 28 juin 1972

B. – **Accords d'entreprise ou décisions unilatérales**

I. – *Association Micheline Goyheneche*
(09350 Les Bordes-sur-Arize)

Accord d'entreprise du 21 décembre 2015 relatif à la négociation annuelle obligatoire

II. – *ACSEA*
(14200 Hérouville-Saint-Clair)

Accord d'entreprise du 23 juin 2015 relatif à la revalorisation des tickets restaurant

C. – **Accords d'entreprise et décisions unilatérales relatifs à la mise en œuvre de la complémentaire santé**

I. – *Association hospitalière de Bretagne*
(22110 Plouguernevel)

Avenant du 9 décembre 2015

II. – *SSIAD du Bassin d'Arcachon*
(33260 La Teste-de-Buch)

Décision unilatérale du 3 décembre 2015

III. – *EHPAD Mon Repos*
(44140 Aigrefeuille-sur-Maine)

Décision unilatérale du 7 octobre 2015

IV. – *Association Œuvres de Pen Bron*
(44262 Nantes)

Avenant du 7 décembre 2015

V. – *Foyer La Chevalerie*
(49800 Trélazé)

Décision unilatérale du 8 décembre 2015

VI. – *Fondation Le Phare*
(68110 Illzach)

Accord du 20 novembre 2015

VII. – *Réseau Alsace Gérontologie*
(68020 Colmar)

Décision unilatérale du 8 décembre 2015

VIII. – *Association ORSAC*
(69002 Lyon)

Avenant du 27 novembre 2015

IX. – *Les Cités du Secours catholique*
(75020 Paris)

Accord d'entreprise du 24 novembre 2015

X. – *Association MELIORIS*
(79011 Niort)

Accord d'entreprise du 9 décembre 2015

XI. – *Association La Sauvegarde du Val-d'Oise*
(95300 Pontoise)

Décision unilatérale du 3 décembre 2015

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 17 juin 2016.

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

Nota. – Les textes des accords cités à l'article 1er A) (I et II) ci-dessus seront publiés au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 16/07, disponible sur le site internet du ministère en charge de la santé et des affaires sociales.

FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 31 OCTOBRE 1951

Avenant nº 2016-02 du 10 février 2016 relatif au Titre 7 relatif à la formation professionnelle dans la Convention collective nationale du 31 octobre 1951

Entre :

LA FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS, 179, rue de Lourmel, 75015 Paris

d'une part,

Et les organisations syndicales suivantes :

– FÉDÉRATION FRANÇAISE DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE «C.F.E. - C.G.C.»
39, rue Victor-Massé, 75009 Paris
– FÉDÉRATION DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE «C.G.T.»
Case 538 - 93515 Montreuil Cedex
– FÉDÉRATION DES SERVICES PUBLICS ET DE SANTÉ «CGT-F.O.»
153-155, rue de Rome - 75017 Paris
– FÉDÉRATION NATIONALE DES SYNDICATS DE SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX «C.F.D.T.»
47/49, avenue Simon Bolivar - 75019 Paris
– FÉDÉRATION SANTÉ ET SOCIAUX «C.F.T.C.»
10, rue Leibniz, 75018 Paris

d'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Le Titre 7 de la CCN 51 « Formation professionnelle » est désormais rédigé comme suit :

« **07.01 – FORMATION ET FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Les dispositions relatives à la formation professionnelle et à son financement doivent être conformes aux dispositions légales, réglementaires ainsi qu'aux dispositions prévues par le(s) accord(s) négocié(s) entre l'UNIFED et les organisations syndicales représentatives à ce niveau.

07.02 – OPCA et OPACIF : UNIFAF

L'OPCA au service des établissements et des salariés et l'OPACIF au service des salariés, contribuent à la mise en œuvre de la politique de professionnalisation et de développement des compétences conformément à(aux) l'accord(s) négocié(s) entre l'UNIFED et les organisations syndicales représentatives à ce niveau. Ils contribuent au développement de la formation professionnelle continue. »

Fait à Paris, le 10 février 2016.

La Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
Le directeur général,
signé

La Fédération française de la santé et de l'action sociale « CFE-CGC »
signé

La Fédération de la santé et de l'action sociale « CGT »
non signataire

La Fédération des services publics et de santé « CGT-FO »
non signataire

La Fédération nationale des syndicats de services de santé et services sociaux « CFDT »
signé

La Fédération santé et sociaux » CFTC »
signé

FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE PRIVÉS NON LUCRATIFS

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DU 31 OCTOBRE 1951

Décision unilatérale du 26 février 2016 relative à la réévaluation du salaire minimum conventionnel au 1er janvier 2016

Article 1er

Le salaire minimum conventionnel mensuel brut, visé à l'article 7 *bis* de l'avenant 2014-01 du 4 février 2014, est réévalué à compter du 1er janvier 2016 et est porté à 1472 €.

Article 2

Il est expressément convenu que l'entrée en vigueur de la présente décision est suspendue à l'obtention de son agrément ministériel conformément aux dispositions prévues par l'article L 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Par souci de cohérence et d'unicité du statut collectif notamment pour les entreprises gestionnaires d'établissements relevant, pour certains du secteur social et médico-social et pour d'autres du secteur sanitaire, cette condition suspensive s'appliquera à toutes les entreprises et établissements appliquant la convention collective du 31 octobre 1951 indépendamment du secteur d'activité concerné.

Il n'apparaît, en effet, pas envisageable de permettre qu'un même texte puisse s'appliquer dans les différents entreprises et établissements relevant de la même convention collective 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.

L'obtention de l'agrément est donc une condition substantielle de son entrée en vigueur pour toutes les entreprises et établissements appliquant la Convention collective nationale du 31 octobre 1951.

Fait à Paris, le 26 février 2016.

P/La Fédération des établissements hospitaliers
et d'aide à la personne privés non lucratifs :
Le directeur général,
Y.-J. Dupuis

signé

S. N. A. M. I. S.

Syndicat national d'action d'accompagnement médical et d'insertion sociale

S. I. S. M. E. S.

Syndicat national des établissements et institutions sociales et médico-sociales

U. N. I. S. S. S.

UNION INTERSYNDICALE DES SECTEURS SANITAIRES ET SOCIAUX

AVENANT 03-2015

Article 1er

ACCORD COLLECTIF DE TRAVAIL RELATIF À LA MISE EN PLACE DU RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE OBLIGATOIRE

PRÉAMBULE

Dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence des organismes assureurs, les partenaires sociaux se sont réunis pour définir les conditions de couverture collective obligatoire en matière de prévoyance.

Les travaux liminaires ont permis aux partenaires sociaux d'analyser les différentes hypothèses et de décider de la création et de la mise en place d'un régime de prévoyance pour le personnel relevant de la Convention collective nationale de travail du 26 août 1965.

La négociation a porté notamment sur la définition du contenu et du niveau des garanties ainsi que la répartition des charges des cotisations entre employeurs et salariés, les conditions de choix des organismes assureurs, les modalités d'affectation au financement de l'objectif de solidarité et le délai pour l'entrée en vigueur de l'accord. Un accord d'entreprise pourra améliorer les conditions de mise en place de la prévoyance obligatoire telle que définie par le présent accord.

Le présent accord s'inscrit dans le cadre des décrets suivants :

– décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014 relatif au degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale ;
– décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015 relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Afin de garantir l'accès de l'ensemble des salariés de la CCNT du 26 août 1965 aux garanties collectives définies par le présent accord sans considération, notamment d'âge ou d'état de santé, les partenaires sociaux ont estimé nécessaire d'organiser la mutualisation des risques auprès d'organismes assureurs recommandés après une procédure de consultation de différents opérateurs d'assurance en 2015.

Ces mesures sont applicables à compter du 1er janvier 2016 et au plus tard le 1er janvier 2017 en application de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Article 1er. – *Objet.*

Le présent accord s'applique à l'ensemble des salariés cadres et non cadres des établissements entrant dans le champ d'application visé par l'article 1er de la Convention collective nationale de travail du 26 août 1965.

Le droit à cette couverture collective est ouvert pour tout évènement survenant pendant la durée du contrat de travail.

Les partenaires sociaux ont souhaité garantir l'efficacité de ce régime en recommandant un organisme assureur, choisi au terme d'une procédure de mise en concurrence, pour assurer la couverture des garanties du régime de prévoyance.

Cette recommandation se traduit par la conclusion de contrats de garanties collectives identiques auprès d'un assureur recommandé. Le dispositif contractuel est également complété par un protocole technique et financier et un protocole de gestion administrative.

Article 2. – *Champ d'application.*

Le présent accord s'applique aux employeurs relevant de la Convention Collective Nationale du Travail des Secteurs Sanitaire, Social et Médico-social du 26 août 1965 (IDCC 405).

Article 3. – *Bénéficiaires du régime.*

Article 3.1. – Définition des bénéficiaires.

Le régime de prévoyance institué par le présent accord bénéficie à l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail relevant de la Convention collective nationale du travail des secteurs sanitaire, social et médico-social du 26 août 1965 (IDCC 405).

Article 3.2. – Conditions de travail effectif et d'ancienneté.

Pour bénéficier des garanties, le salarié doit justifier de douze mois au moins de travail effectif, continu ou discontinu dans l'entreprise à la date d'arrêt de travail.

Article 3.3. – Franchise.

Pour les salariés dont l'ancienneté est inférieure à un an, le bénéfice des prestations « incapacité et invalidité » dues au présent régime commence au 91e jour d'arrêt de travail.

Pour les salariés dont l'ancienneté est d'au moins un an, les prestations « incapacité et invalidité » dues au titre du présent régime interviennent en complément et en relais des dispositions légales ou conventionnelles imposant à l'employeur un « maintien de salaire » total ou partiel en cas de maladie ou d'accident.

Cette indemnisation cessera dès la reprise du travail, au départ à la retraite du salarié, dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par le sécurité sociale ou au plus tard aux mille-quatre-vingt-quinzième jours d'arrêt de travail.

Si au cours d'une même période de douze mois pour un salarié qui a obtenu un ou plusieurs congés de maladie avec demi ou plein traitement, d'une durée totale de douze mois, une reprise effective de travail de douze mois sera nécessaire pour qu'il puisse bénéficier des dispositions ci-dessus.

À titre optionnel, l'employeur peut souscrire une franchise pour que le bénéfice des prestations au titre du maintien de salaire soit dû au 4e, au 31e ou au 61e jour.

Article 3.4. – Maintien des garanties en cas de suspension du contrat de travail.

Le bénéfice des régimes de prévoyance est maintenu au profit des salariés dont la suspension du contrat de travail est rémunérée ou indemnisée par l'employeur directement (en cas de maintien de salaire total ou partiel) ou par la perception d'indemnités journalières complémentaires versées dans le cadre du présent régime (par exemple, en cas d'arrêt maladie…) ou par le perception d'indemnités journalières de la sécurité sociale.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Parallèlement le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisations.

Article 3.5. – Maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

L'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale permet aux salariés de bénéficier d'un maintien des régimes de prévoyance dont ils bénéficieraient au sein de l'entreprise, en cas de rupture de leur contrat de travail hors cas de faute lourde ouvrant droit à une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le droit à portabilité est subordonné au respect de l'ensemble des conditions fixées par les dispositions légales et les éventuelles dispositions réglementaires prises pour leur application.

La durée de la portabilité est égale à la durée du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail s'ils sont consécutifs chez le même employeur, appréciée en mois entiers le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze mois de couverture.

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de prévoyance. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation complémentaire à ce titre.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir, en cas d'incapacité, des indemnités journalières d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Article 4. – *Financement.*

Article 4.1. – Assiette de la cotisation.

L'assiette de la cotisation au régime de prévoyance est constituée du salaire brut servant de base au calcul des cotisations de sécurité sociale dans la limite de la tranche B.

Pendant les périodes de suspension du contrat de travail, la cotisation est assise sur la moyenne de salaire des douze derniers mois au cours desquels une activité a été exercée.

Les indemnités versées au salarié lors de son départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite…) sont exclues de l'assiette des cotisations.

Article 4.2. – Taux de cotisation.

Le taux de cotisation figure à l'annexe 1.

Ces taux incluent la reprise des revalorisations et les éventuels différentiels de garanties pour les entreprises rejoignant le régime conventionnel au plus tard le 1ier janvier 2018 ainsi que la mutualisation du financement de la portabilité.

Ces cotisations sont prises en charge à part égale par l'employeur et le salarié.

Article 4.3. – Évolution des cotisations.

Les taux de cotisation prévus à l'article 4.2 sont maintenus pour trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2018 à législation constante.

Au 1er janvier 2019, compte tenu de l'évolution de la garantie décès, il sera procédé à une hausse des tarifs (*cf* .annexe 1).

Toute modification du taux de cotisation proposée par l'organisme assureur recommandé devra faire l'objet d'une révision du présent accord.

Article 4.4. – Prestations.

Les prestations faisant l'objet du présent accord sont celles prévues à l'annexe 2 et sont regroupées sous les catégories suivantes :

Garanties décès et rentes,

Garanties arrêt de travail (incapacités et invalidités),

Option possible pour les structures.

Pour permettre une meilleure adhésion au régime de prévoyance il est prévu une évolution des prestations au 1ier janvier 2019, (cf annexe 2).

Article 5. – *Organisme assureur.*

Article 5.1. – Recommandation.

L'organisme recommandé pour assurer la couverture des risques incapacité, invalidité et décès est SOLIMUT – Mutuelle de France, sis au 447, avenue de Jouques, 13785 Aubagne.

En application de l'article L. 912-1 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires décident de procéder à un réexamen du régime de prévoyance décrit dans cet accord tous les 5 ans maximum à compter de la date de signature du présent accord.

Le réexamen interviendra sur les bases de l'analyse opérée dans le cadre de l'application du suivi décrit à l'article 5.2 du présent accord.

Le contrat pourra toutefois être résilié :

– par les partenaires sociaux à la suite de la remise en cause de l'avenant 03-2015 ;
– par l'organisme assureur recommandé.

Un préavis de 6 mois devra être respecté dans les deux cas et l'auteur de la résiliation devra faire part de celle-ci par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à toutes les autres parties prenantes du présent contrat.

En cas de dénonciation de l'avenant no 03-2015, de résiliation du contrat, quel qu'en soit l'auteur, ou en cas de changement d'organisme assureur, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint au jour de la résiliation.

La poursuite des revalorisations futures ainsi que le maintien des conditions de la couverture collective au profit des personnes en cours d'indemnisation à la date de résiliation du contrat devront faire l'objet d'une négociation avec les organismes assureurs conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 du Code de la sécurité sociale.

Article 5.2. – Suivi du régime de prévoyance obligatoire.

Les modalités d'envoi de dossiers « prévoyance » à l'organisme assureur et leur règlement par celui-ci sont définies dans la convention de gestion administrative.

Le régime de prévoyance est administré par la Commission Nationale Paritaire qui assure le suivi du régime de base, des options et pourra se faire assister d'un expert de son choix.

L'organisme recommandé communique obligatoirement chaque année les documents, rapports financiers et analyses commentées nécessaires aux travaux de la commission, au plus tard le 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

Article 5.3. – Conséquence du changement d'organisme assureur.

En cas de dénonciation ou de non renouvellement de la recommandation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Les prestations périodiques en cours de service (indemnités journalières, pension d'invalidité, rentes d'éducation) continuent d'être versées par l'organisme assureur ci-dessus recommandé à leur niveau atteint à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement. La garantie incapacité temporaire de travail – invalidité est maintenue aux participants en arrêt de travail pour maladie ou accident, dès lors que les prestations, immédiates ou différées (invalidité) sont acquises ou nées antérieurement à la date d'effet de la dénonciation ou du non renouvellement.
- L'organisme assureur recommandé assure également le maintien des garanties décès et rentes au profit des bénéficiaires de rentes d'incapacité de travail ou d'invalidité lors de la résiliation du contrat d'assurance, sans revalorisation des bases de calcul desdites prestations.
- Parallèlement, conformément à l'article L. 912-3 du code de la sécurité sociale, les rentes en cours de service à la date de changement d'organisme assureur (y compris les prestations décès prenant la forme de rente) continueront à être revalorisées.

Sera également organisée la revalorisation des bases de calcul des prestations décès, étant précisé qu'elle devra être au moins égale à celle prévue par le contrat résilié.

Les partenaires sociaux organiseront la poursuite de la revalorisation des prestations en cours de service ainsi que des bases de calcul des prestations relatives à la couverture du risque décès maintenu, conformément aux dispositions de l'article L. 912-3 précité du code de la sécurité sociale.

Article 6. – *Fonds de solidarité.*

Le fonds de solidarité sera financé par 2 % des cotisations.

Le fonds de solidarité aura vocation à traiter des situations exceptionnelles et individuelles rencontrées par les bénéficiaires qui justifieraient d'un règlement spécifique.

Le fonds de solidarité du régime n'intervient qu'après la sollicitation du fonds social de l'organisme assureur auquel adhère l'entreprise.

L'organisme assureur versera 0,5 % des cotisations pour financer l'association de gestion AGESP65.

ANNEXE 1

TAUX DE COTISATION

Les taux, exprimés en pourcentage du salaire brut, sont répartis comme suit :

Tranche A : la tranche A de rémunération annuelle est celle limitée au plafond annuel de la sécurité sociale.

Tranche B : la tranche B est la tranche de rémunération annuelle comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale.

Montants des cotisations au 1er janvier 2016 sont :

NON CADRES						
Garanties obligatoires	À la charge de l'employeur		À la charge du salarié		Total	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Décès	0,07 %	0,07 %	0,06 %	0,06 %	0,13 %	0,13 %
Rente éducation	0,13 %	0,13 %			0,13 %	0,13 %
Incapacité			0,67 %	0,67 %	0,67 %	0,67 %
Invalidité	0,63 %	0,63 %	0,07 %	0,07 %	0,70 %	0,70 %
Total	0,83 %	0,83 %	0,80 %	0,80 %	1,63 %	1,63 %

CADRES						
Garanties obligatoires	À la charge de l'employeur		À la charge du salarié		Total	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Décès	0,69 %	0,69 %			0,69 %	0,69 %
Rente éducation	0,13 %	0,13 %			0,13 %	0,13 %
Incapacité			0,53 %	0,90 %	0,53 %	0,90 %
Invalidité		0,40 %	0,21 %	0,28 %	0,21 %	0,68 %
Total	0,82 %	1,22 %	0,74 %	1,18 %	1,56 %	2,40 %

À compter du 1er janvier 2019, les montants des cotisations évolueront de la manière suivante :

NON CADRES						
Garanties obligatoires	À la charge de l'employeur		À la charge du salarié		Total	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Décès	0,21	0,21			0,21	0,21
Rente éducation	0,13	0,13			0,13	0,13
Incapacité			0,67	0,67	0,67	0,67
Invalidité	0,57	0,57	0,13	0,13	0,70	0,70
Total	0,91 %	0,91 %	0,80 %	0,80 %	1,71 %	1,71 %

CADRES						
Garanties obligatoires	À la charge de l'employeur		À la charge du salarié		Total	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Décès	0,77	0,69			0,77	0,69
Rente éducation	0,13	0,13			0,13	0,13
Incapacité			0,53	0,90	0,53	0,90
Invalidité		0,40	0,21	0,28	0,68	0,68
Total	0,90 %	1,22 %	0,74 %	1,18 %	1,64 %	2,40 %

Au 1er janvier 2016, les entreprises auront la possibilité de souscrire de manière optionnelle :

– à l'amélioration de la couverture décès de leurs salariés CADRES et NON CADRES :

Tarifs au 1er janvier 2016 :

	TRANCHE A	TRANCHE B
NON CADRES	0,20 %	0,20 %
CADRES	0,30 %	0,30 %

Tarifs à compter du 1er janvier 2019 :

	TRANCHE A	TRANCHE B
NON CADRES	0,13 %	0,13 %
CADRES	0,22 %	0,22 %

– à la couverture des obligations de maintien de salaire qui leur incombe. La couverture sera à la charge exclusive de l'employeur :

OPTION POSSIBLE POUR LES STRUCTURES	
Dès la fin des droits de maintien de salaire, soit à compter du 91e jour et jusqu'au 1095e jour d'arrêt de travail continu, versement d'une indemnité journalière égale à :	100 % du salaire net avec franchise 3 jours, 30 jours, 60 jours
3 jours : 1,50 % TA 2,50 % TB de cotisation additionnelle	
30 jours : 0,80 % TA 1,28 % TB de cotisation additionnelle	
60 jours : 0,25 % TA 0,33 % TB de cotisation additionnelle	

ANNEXE 2

PRESTATIONS

Tableau de garanties des prestations régime minimal conventionnel au 1er Janvier 2016

Garantie en % salaire TA, TB	Base conventionnelle
GARANTIES DÉCÈS ET GARANTIES ANNEXES	
Célibataire, veuf, séparé judiciairement, divorcé sans enfant à charge	75 % du salaire brut
Marié (non séparé judiciairement), pacsé, concubin notoire sans enfant à charge	100 % du salaire brut
Majoration par enfant à charge	25 % du salaire brut
Décès accidentel	100 % du capital décès
Rente éducation : temporaire, enfant à charge jusqu'à 18 ans ou moins de 26 ans sous condition de poursuite d'études.	10 % du salaire brut jusqu'à 12 ans 15 % du salaire brut de 12 à 18 ans 20 % du salaire brut au-delà de 18 ans Rente minimum fixée à 200 € / mois
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE (IJSS)	
Dès la fin des droits à maintien de salaire, soit à compter du 91e jour et jusqu'au 1095e jour d'arrêt de travail continu, versement d'une indemnité journalière égale à :	100 % du salaire net
INVALIDITÉ (VIE PRIVÉE) ET INCAPACITÉ PERMANENTE (VIE PROFESSIONNELLE)	
Invalidité de 1re catégorie	50 % du salaire brut
Invalidité de 2e et 3e catégorie	80 % du salaire brut
Taux d'incapacité permanente > ou égal à 33 % et < à 66 %	80 % du salaire brut × 3N/2
Taux d'incapacité permanente > ou égal à 66 %	80 % du salaire brut

Module Décès optionnel additionnel à la garantie de base au 1er janvier 2016

GARANTIES DÉCÈS ET GARANTIES ANNEXES	
Célibataire, veuf, séparé judiciairement, divorcé sans enfant à charge	300 % du salaire brut
Marié (non séparé judiciairement), pacsé, concubin notoire sans enfant à charge	
Majoration par enfant à charge	
Invalidité absolue et définitive	400 % du salaire brut
Double effet	300 % du salaire brut
Allocation obsèques : en cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge (l'allocation est limitée aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans), versement d'une allocation à la personne ayant pris en charge les frais d'obsèques.	100 % du PMSS

Tableau de garanties des prestations régime minimal conventionnel à compter du 1er Janvier 2019

Garantie en % salaire TA, TB	Base conventionnelle
GARANTIES DÉCÈS ET GARANTIES ANNEXES	
Célibataire, veuf, Séparé judiciairement, Divorcé sans enfant à charge	125 % du salaire brut
Marié (non séparé judiciairement), Pacsé, Concubin notoire sans enfant à charge	150 % du salaire brut
Majoration par enfant à charge	25 % du salaire brut
Décès accidentel	100 % du capital décès
Rente éducation : temporaire, enfant à charge jusqu'à 18 ans ou moins de 26 ans sous condition de poursuite d'études.	10 % du salaire brut jusqu'à 12 ans 15 % du salaire brut de 12 à 18 ans 20 % du salaire brut au-delà de 18 ans Rente minimum fixée à 200 € / mois
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL	
INCAPACITÉ TEMPORAIRE (IJSS)	
Dès la fin des droits à maintien de salaire, soit à compter du 91e jour et jusqu'au 1095e jour d'arrêt de travail continu, versement d'une indemnité journalière égale à :	100 % du salaire net
INVALIDITÉ (vie privée) et INCAPACITÉ PERMANENTE (vie professionnelle)	
Invalidité de 1re catégorie	50 % du salaire brut
Invalidité de 2e et 3e catégorie	80 % du salaire brut
Taux d'incapacité permanente > ou égal à 33 % et < à 66 %	80 % du salaire brut x 3N/2
Taux d'incapacité permanente > ou égal à 66 %	80 % du salaire brut

Module Décès optionnel additionnel à la garantie de base à compter du 1er janvier 2019

GARANTIES DÉCÈS ET GARANTIES ANNEXES	
Célibataire, veuf, Séparé judiciairement, Divorcé sans enfant à charge	250 % du salaire brut
Marié (non séparé judiciairement), Pacsé, Concubin notoire sans enfant à charge	
Majoration par enfant à charge	
Invalidité Absolue et Définitive	400 % du salaire brut
Double Effet	300 % du salaire brut
Allocation obsèques : en cas de décès du participant, de son conjoint ou d'un enfant à charge (l'allocation est limitée aux frais réellement engagés en cas de décès d'un enfant de moins de 12 ans), versement d'une allocation à la personne ayant pris en charge les frais d'obsèques.	100 % du PMSS

Module optionnel Rachat de Franchise

En complément, l'employeur pourra souscrire, à sa charge exclusive, une garantie rachat de franchise en remplacement de la franchise de 90 jours continus, soit :

– une franchise de 3 jours d'arrêt de travail continus ;
– une franchise de 30 jours d'arrêt de travail continus ;
– une franchise de 60 jours d'arrêt de travail continus.

Article 2

Article 2.1. – Remplacer :

« Article 101. – *Prévoyance.*

Sous réserve de dispositions plus favorables à chaque établissement ou entreprise, en cas d'arrêt dû à un accident, à la maladie reconnue par la sécurité sociale, pour les membres du personnel permanent comptant au moins douze mois de service effectif, continu ou discontinu dans l'établissement ou l'entreprise, la caisse de prévoyance à laquelle a adhéré l'employeur versera au salarié, après le quatre-vingt-dixième jour, le salaire de base en déduisant les prestations versées par la sécurité sociale.

Cette indemnisation cessera :
– dès la reprise du travail,
– au départ à la retraite du salarié
– dès la reconnaissance de l'état d'invalidité par la sécurité sociale
– au plus tard au mille-quatre-vingt-quinzième jour d'arrêt de travail. »

Par :

« Article 101. – *Prévoyance.*

Sous réserve de dispositions plus favorables à chaque établissement ou entreprise, en cas d'arrêt dû à un accident, à la maladie reconnue par la sécurité sociale, pour les membres du personnel permanent comptant au moins douze mois de service effectif, continu ou discontinu dans l'établissement ou l'entreprise, la caisse de prévoyance à laquelle a adhéré l'employeur versera au salarié les prestations figurant dans l'accord collectif de travail relatif à la mise en place du régime de prévoyance obligatoire de la CCNT du 26 août 1965 (article 1 de l'avenant n° 03-2015). »

Article 2.2. – Remplacer :

« Article 102. – *Garantie décès – Invalidité totale et permanente– Allocation d'orphelin.*

En cas de décès d'un salarié en activité, la caisse de prévoyance à laquelle l'employeur aura adhéré versera les prestations suivantes :

SITUATION DE FAMILLE	CAPITAL DÉCÈS	
	Décès maladie	Décès accidentel
Célibataire, veuf, divorcé, sans enfant	75 %	150 %
Marié sans enfant	100 %	200 %
Majoration par enfant à charge (jusqu'à 25 ans si études)	25 %	50 %

Les capitaux sont exprimés en pourcentage du salaire annuel (calculé sur la base du salaire brut des trois derniers mois civils d'activité précédant la date de l'évènement ouvrant droit).

Si le ou les enfants à charge de l'assuré deviennent orphelins de père et de mère, la caisse de Prévoyance à laquelle l'employeur aura adhéré versera une allocation orphelin par enfant à charge d'un montant égal à 10 % du salaire défini ci-dessus jusqu'à dix-huit ou vingt-cinq ans si poursuite d'études. »

Par :

« Article 102. – *Garantie décès – Invalidité totale et permanente– Rente Éducation.*

Les garanties concernant le décès du salarié, l'invalidité totale et permanente ainsi que la rente éducation sont énoncées dans l'accord collectif de travail relatif à la mise en place d'un régime de prévoyance obligatoire de la CCNT du 26 août 1965 (article 1 de l'avenant n° 03-2015). »

Article 2.3. – Remplacer :

« Article 103. – *Rente invalidité – Incapacité permanente.*

En cas d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie avant liquidation de la retraite, reconnue et indemnisée par la sécurité sociale, la caisse de prévoyance à laquelle aura adhéré l'employeur verse à l'assuré une rente d'un montant annuel de quatre-vingt pour cent du salaire brut annuel (correspondant au dernier coefficient multiplié par la valeur du point), sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

En cas d'invalidité permanente de première catégorie avant liquidation de la retraite, reconnue et indemnisée par la sécurité sociale, la Caisse de prévoyance à laquelle aura adhéré l'employeur verse à l'assuré une rente d'un montant de cinquante pour cent du salaire brut (correspondant au dernier coefficient multiplié par la valeur du point), sous déduction des prestations versées de la sécurité sociale.

En cas d'incapacité permanente avant liquidation de la retraite, d'un taux supérieur ou égal à soixante-six pour cent résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, reconnue et indemnisée par la sécurité sociale, la Caisse de prévoyance à laquelle l'employeur aura adhéré verse à l'assuré une rente d'un montant annuel de quatre-vingt pour cent du salaire (correspondant au dernier coefficient multiplié par la valeur du point), sous déduction des prestations versées par la sécurité sociale.

En cas d'incapacité permanente avant liquidation de la retraite, d'un taux compris entre trente-trois pour cent et moins de soixante-six pour cent résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et indemnisée par la sécurité sociale, la caisse de Prévoyance à laquelle l'employeur aura adhéré verse à l'assuré une rente dont le montant est calculé suivant la formule :

$$\frac{R \times 3\ n}{2}$$

(R = rente d'invalidité versée par la caisse de prévoyance ; n = taux d'incapacité reconnue par la sécurité sociale) à la date à laquelle l'intéressé entre en jouissance de la pension vieillesse de la sécurité sociale, à la liquidation de sa retraite et en tout état de cause au jour où la sécurité sociale cesse le versement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité.

La rente perçue ne pourra être supérieure au salaire mensuel net moyen calculé sur les douze derniers mois. »

Par :

« Article 103. – *Rente invalidité – Incapacité permanente.*

Les conditions et le montant de la rente versée au bénéficiaire en situation d'invalidité comme en incapacité permanente sont indiquées dans l'accord collectif de travail relatif à la mise en place du régime de prévoyance obligatoire de la CCNT du 26 août 1965 (article 1 de l'avenant n° 03-2015). »

Article 2.4. – Remplacer :

« Article 104. – *Financement.*

Pour mettre en place ce régime de prévoyance, l'employeur adhère à une caisse de prévoyance de son choix après information des instances représentatives du personnel.

Les cotisations à cette caisse sont assumées à part égale par employeur et salarié. »

Par :

« Article 104. – *Financement.*

Pour mettre en place un régime de prévoyance, l'employeur adhère à la caisse de prévoyance recommandée ou une caisse de prévoyance de son choix en appliquant les conditions précisées dans l'accord collectif de travail relatif à la mise en place du régime de prévoyance obligatoire de la CCNT du 26 août 1965 (article 1 de l'avenant n° 03-2015).»

Fait à Charenton-le-Pont, le 22 décembre 2015.

Pour la CFDT
non signataire

Pour la CFE CGC
signé

Pour LA CFTC
signé

Pour la CGT
signé

Pour Sud –Santé sociaux
signé

Pour FO
non signataire

Pour UNISSS
signé

Pour SISMES
signé

Pour SNAMIS
signé

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale
de la cohésion sociale

Service des politiques d'appui

Instruction nº DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social 2016-2018

NOR : *AFSA1616507J*

Validée par le CNP le 10 juin 2016. – Visa CNP 2016-96.

Date d'application : immédiate.

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 : le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social vise à renforcer la prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social par la mise en place d'une démarche d'analyse des risques, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes émergentes et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance. Les établissements concernés : EHPAD-MAS-FAM-IEM et établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés pourront utilement s'appuyer sur les outils développés à cette fin.

Mots clés : risque infectieux — prévention des infections associées aux soins — analyse de risque — établissements médico-sociaux — antibiorésistance — BMR/BHRe.

Références :

Article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Instruction nº DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015.

Texte abrogé : Circulaire interministérielle nº DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013.

Annexes :

Annexe 1. – Mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social (période 2016-2018).

Annexe 2. – Le document d'analyse du risque infectieux (DARI).

Annexe 3. – Prévention et maîtrise de l'antibiorésistance.

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) ; copie pour information : Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département.

Cette instruction vise à faciliter la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social d'une part, en faisant le lien avec le programme 2011/2013, dont la méthodologie d'action dans les EMS, sous forme de la mise en place d'une démarche d'analyse des risques formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI) est pérennisée, d'autre part en explicitant les principales dispositions le concernant.

Elle reprend les priorités actuelles du PROPIAS : développer la prévention des IAS en associant les usagers, renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

Le PROPIAS s'inscrivant dans la durée, la montée en charge du secteur médico-social dans le programme continuera de se faire de manière progressive. Pour les trois prochaines années, soit la période 2016/2018, outre les EHPAD et les MAS-FAM, les établissements médico-sociaux concernés sont ceux accueillant des enfants lourdement handicapés : soit les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188) et les instituts d'éducation motrice (IEM - code FINESS 192).

L'instruction vise l'engagement de tous les EMS concernés dans la démarche d'analyse des risques avec la formalisation du DARI assorti d'un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018.

La prévention du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux s'inscrit dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Dans le cadre du PROPIAS, les enjeux sont de poursuivre la mobilisation des EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe) et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

Vous voudrez bien présenter le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) aux établissements concernés et les inciter à s'engager activement dans la démarche d'analyse du risque infectieux

Vous voudrez bien assurer une large diffusion de cette instruction aux établissements médico-sociaux et aux professionnels concernés, ainsi que pour information au président du ou des conseils départementaux de votre région et veiller au suivi de ces dispositions.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général
de la cohésion sociale,
J-P. VINQUANT

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

ANNEXE 1

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTIONS DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (PROPIAS) DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL (PÉRIODE 2016/2018)

INTRODUCTION

En 2007, une nouvelle définition élargissant le concept hospitalier « d'infections nosocomiales » à celui « d'infections associées aux soins » (IAS), a ouvert la voie à une vision globale de la prévention centrée sur le patient et sur son parcours dans la chaîne de soins. Le PROPIAS s'inscrit dans cette évolution et vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours : établissements de santé (ES), établissements médico-sociaux (EMS) et soins de ville.

Les priorités actuelles du PROPIAS sont de développer la prévention des IAS en associant les usagers, de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et de réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

Le PROPIAS s'inscrivant dans la durée, c'est à terme, tout le champ des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qu'il s'agira de sensibiliser au risque infectieux. Mais, considérant d'une part, le nombre des structures médico-sociales, le niveau variable du risque infectieux en rapport avec la « fonction soins » au sein de celles-ci, et d'autre part, la nécessité établie lors du bilan du premier programme réalisé en mai 2015, de mettre en place un accompagnement des établissements dans la démarche, la montée en charge du secteur médico-social dans le programme continuera de se faire de manière progressive.

Ainsi, pour les trois premières années du PROPIAS (2016/2018), aux établissements concernés par le premier programme 2011/2013 (les établissements pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], les maisons d'accueil spécialisé [MAS], les foyers d'accueil médicalisés [FAM]), dont la mobilisation doit être renforcée, s'ajouteront les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188) et les instituts d'éducation motrice (IEM) (code FINESS 192).

Cette priorisation ne remettra pas en cause les travaux engagés par certaines ARS auprès d'autres types de structures médico-sociales (ex : les services de soins infirmiers à domicile), qu'il s'agira de capitaliser lors des évaluations annuelles du PROPIAS.

Lors de la première évaluation trisannuelle du PROPIAS, il pourra être envisagé son extension à d'autres structures médico-sociales, établissements ou services, en fonction des retours d'expérience des ARS et des besoins exprimés par le secteur.

CONTEXTE

Dans la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social sont pris en compte d'une part, les spécificités du secteur médico-social et, d'autre part, les enseignements du premier programme.

Les spécificités du secteur médico-social

Les établissements médico-sociaux sont des lieux de vie. Les personnes accueillies y séjournent souvent pendant de longues années. Il en est ainsi pour les personnes handicapées, le temps par exemple de la stabilisation clinique après un accident, de la préparation au passage toujours espéré vers une vie autonome ou, pour les personnes âgées en EHPAD, jusqu'à la fin de leur vie. Il y a donc un équilibre à trouver entre les deux impératifs de sécurité sanitaire et de préservation de la qualité de vie. La recherche de l'amélioration des pratiques professionnelles en matière d'hygiène doit être compatible avec celle de la préservation d'un cadre de vie le plus normal possible.

Le fondement de l'accompagnement médico-social repose sur le projet de vie. La prise en charge des personnes intègre le respect de leurs droits, de leur vie sociale et relationnelle et, selon les populations accueillies et les missions de la structure, l'apport de prestations diverses : hébergement, éducation, insertion professionnelle, insertion sociale et soins.

Dans les EMS, en application de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale (CSS) les résidents/usagers ont le libre choix de leurs praticiens. Le traitement des pathologies courantes, dont les pathologies infectieuses, relèvent donc dans leur grande majorité des médecins traitants, le plus

souvent des généralistes libéraux. Les médecins traitants sont appelés en consultation, soit dans la structure pour les personnes hébergées, soit à domicile, notamment pour les enfants et les jeunes handicapés qui retournent chez eux le soir.

Des facteurs de fragilité liés à l'âge (Affaiblissement du système immunitaire chez les personnes âgées), aux pathologies et au niveau de dépendance, rendent les personnes accueillies dans les EMS, vulnérables au risque infectieux. De plus, la vie en collectivité et les contacts rapprochés entre les résidents et les personnels à l'occasion des tâches d'aide à la vie quotidienne et des soins, favorisent la transmission croisée des germes.

Les taux d'encadrement et le ratio de personnel sont plus faibles dans les EMS que dans les établissements de santé (ES). Ils ne permettent pas le plus souvent de disposer en interne de compétences spécialisées en hygiène.

Les enseignements du premier programme 2011-2013

L'enjeu du premier programme de prévention des infections dans le secteur médico-social était de mobiliser les EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue était de promouvoir une démarche, formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), qui permette à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'aboutir à la mise en place d'une organisation et à l'élaboration d'un programme d'actions prioritaires à mener qui lui permettent de progresser au quotidien et d'agir plus efficacement en cas de crise.

Le bilan[1] de la mise en œuvre du programme 2011-2013 réalisé avec les Agences régionales de santé (ARS) a permis de faire les principaux constats suivants :

Si, avec ce premier programme, une dynamique s'est mise en place sur le terrain, la mobilisation des EMS a été inégale (un tiers ont fait leur DARI, un tiers sont en cours et un tiers n'ont pas commencé) et elle apparait très hétérogène, selon les régions et à l'intérieur même des régions.

Le concept du DARI est désormais connu et utilisé par tous, mais pour la majorité des professionnels, il est souvent réduit à la réalisation de l'étape d'autoévaluation, c'est-à-dire au remplissage de l'outil du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). De ce fait, les autres étapes de la démarche d'analyse des risques sont souvent oubliées, notamment la formalisation du plan d'action et sa mise en œuvre dans un calendrier défini, ainsi que la réalisation du volet communication indispensable pour mobiliser les personnels et les usagers : résidents et proches. S'agissant de l'étape d'autoévaluation, la tendance des professionnels qui réalisent pour la première fois leur auto-évaluation est de surestimer le score des objectifs atteints pour les sept chapitres du manuel du GREPHH, ce qui peut leur donner un sentiment de fausse sécurité. L'accompagnement des auto-évaluateurs dans cette étape, comme le montre l'enquête pilote en MAS-FAM réalisée en 2004 par le réseau des CCLIN-ARLIN (centres de coordinations de lutte contre les infections nosocomiales - antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) disponible sur le site http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html), permet de faire un point plus rigoureux, de dégager plus clairement les points faibles et donc les axes de progrès. Il faut rappeler que ce qui importe n'est pas d'afficher d'emblée un bon score, mais d'améliorer ce score au fil du temps grâce à la mise en œuvre du programme d'actions, ce qui témoigne de l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'établissement.

Parmi les principales contraintes identifiées pour la mise en œuvre du programme par les EMS, outre les aspects financiers (le manque de moyens humains est le plus souvent mis en avant), les contraintes sociotechniques sont importantes. La principale est d'ordre culturelle avec la réticence d'une part encore non négligeable des professionnels du médico-social à s'impliquer dans la gestion d'un risque sanitaire, exprimant la crainte une « sanitarisation » de leur établissement qui viendrait impacter défavorablement la qualité de vie des résidents. Est également pointée par les ARS le besoin d'appropriation de la démarche d'analyse des risques qui apparait relativement nouvelle dans le secteur des EMS par rapport au secteur des ES.

Enfin, les établissements ont besoin d'un accompagnement dans la démarche les premières années du programme, notamment de l'appui d'un hygiéniste, le temps pour le personnel d'acquérir les connaissances de base en hygiène. Dans le premier programme, il avait été préconisé de passer convention avec les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) d'un établissement de santé de proximité, cette coopération dans les faits s'est parfois révélée difficile à formaliser en raison de la

[1] Bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 par la direction générale de la cohésion sociale (Anne-Marie TAHRAT, Gaëlle LAVANANT), mai 2015.

charge de travail des EOH, c'est pourquoi, certaines ARS ont choisi de mettre en place de manière expérimentale, des dispositifs d'appui territorialisés qui permettent aux EMS de bénéficier des compétences en hygiène nécessaires.

LE PROGRAMME

1. **Les enjeux**

Dans le cadre du PROPIAS, les enjeux sont de poursuivre la mobilisation des EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe) et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

La méthodologie d'action préconisée dans les établissements médico-sociaux : la mise en place d'une démarche d'analyse des risques formalisée dans le DARI est pérennisée.

2. **Les éléments du programme**

2.1. *Au niveau national*

Pour les aider dans leur démarche, différents outils sont mis à la disposition des établissements :

– le document d'analyse du risque infectieux (DARI) (*cf.* annexe 2) qui comprend deux parties : la méthode d'élaboration et un tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action suite à l'autoévaluation.

– le manuel national d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux.

Réalisé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), le manuel comprend actuellement deux versions, l'une pour les EHPAD et l'autre pour les MAS et FAM. Cet outil permet aux établissements grâce à une aide informatisée, de visualiser les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires;

Les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés et les instituts d'éducation motrice pourront utilement s'appuyer sur le manuel du GREPHH destiné aux MAS-FAM qui leur semble tout à fait transférable (une expérimentation est prévue, avec quelques établissements qui se déclareront volontaires pour y apporter en lien avec le GREPHH, les éventuelles modifications nécessaires) ;

– les fiches pratiques interCCLIN.

Des fiches pratiques ont été élaborées pour répondre aux critères du manuel. Elles sont en cours d'actualisation par un groupe de travail interCLIN .

Le manuel du GREPHH et les fiches pratiques interCCLIN sont téléchargeables sur le site Internet du GREPHH: http://www.grephh.fr/

Par ailleurs, les EMS pourront utilement se référer à d'autres outils de formation ou d'aide à la pratique recensés dans le cadre du bilan du premier programme, notamment ceux réalisés par les ARS (disponibles sur leurs sites) , par le réseau des CCLIN/ARLIN (intégrés à la base de données NOSOBASE) ; mise à disposition des professionnels des fiches techniques relatives à la réalisation des actes invasifs.

L'axe 3 du PROPIAS porte sur la réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé. Si les soins dans les EMS consistent principalement en soins de base et relationnels communément désignés par le terme de « nursing » (toilettes, changes, soins d'hygiène, de confort, prévention de la dénutrition, de la survenue d'escarres…), sont également réalisés des soins techniques ou de rééducation/réadaptation qui nécessitent la réalisation d'actes invasifs.

Un groupe de travail sera constitué en 2016 pour recenser les actes invasifs réalisés dans les EMS ainsi que les dispositifs médicaux implantés en établissements de santé chez certains résidents/usagers et pour colliger ou élaborer si elles manquent, les fiches techniques les concernant.

Ces fiches seront intégrées aux fiches pratiques interCCLIN.

Enquête nationale de prévalence en 2016 : « Prev'EHPAD »

Le PROPIAS prévoit la réalisation d'une enquête nationale de prévalence (ENP) tous les cinq ans dans le secteur médico-social. La première enquête aura lieu en 2016 dans les EHPAD. Celle-ci dénommée « Prev'EHPAD » conduite sous l'égide de Institut de veille sanitaire (InVS) qui en a confié

la réalisation au CCLIN Sud-est, permettra de mesurer la prévalence des infections mais aussi celle des traitements antibiotiques prescrits aux résidents sur un échantillon de 700 établissements tirés au sort.

Les EHPAD qui ne feront pas partie de l'échantillon pourront néanmoins s'ils le souhaitent, réaliser cette étude, en effet, l'ensemble des outils nécessaires à sa réalisation sera disponible pour tous les établissements. Ces EHPAD pourront ainsi produire leurs propres résultats et se situer par rapport aux données nationales et régionales de référence.

Toutes les informations sur cette enquête nationale de prévalence seront disponibles sur le site Internet de l'InVS : http://www.invs.sante.fr/prevehpad

Retour d'expérience des dispositifs d'appui territorialisés

Une journée d'échange avec les ARS/ARLIN sera organisée au deuxième semestre 2016 pour capitaliser les retours d'expérience des ARS ayant mis en place un dispositif d'appui territorialisé pour les EMS.

2.2. *Au niveau régional*

Pour faciliter la mise en œuvre du programme par les EMS, les ARS organiseront en lien avec les ARLIN dans le cadre des réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA) :

- des sessions départementales ou régionales d'information pour présenter le programme et ses outils aux EMS nouvellement concernés ou à ceux qui ne s'étaient pas encore engagés dans la démarche lors du programme 2011/2013 ;
- l'animation régionale du réseau des acteurs de la prévention des IAS dans le secteur médico-social pour :
  - assurer la formation continue des professionnels des EMS et la diffusion des outils pédagogiques développés par les ARS/ARLIN/ CCLIN ;
  - mobiliser l'expertise et, en tant que de besoin, apporter l'appui de proximité aux EMS qui en font la demande, pour élaborer leur DARI, notamment l'aide à la formalisation de leur programme d'actions prioritaires ;
  - apporter une aide à l'évaluation des pratiques de prévention du risque infectieux,

Les ARS assureront le suivi de l'engagement des EMS dans la démarche d'analyse du risque infectieux

Au début de chaque année un point de situation sera fait avec les ARS sur la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social

2.3. *Au niveau des établissements*

Les établissements médico-sociaux concernés mettent en place dans leur établissement la démarche d'analyse du risque infectieux et la formalise dans le DARI. (*cf.* annexe 2)

Le directeur de l'établissement désigne dés 2016 le responsable dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement et met en place le comité de suivi.

Les établissements auront jusqu'à fin 2018 pour élaborer leur DARI avec la formalisation de leur plan d'actions prioritaires, mais l'ensemble des personnels en contact avec les résidents/usagers sera sensibilisé dés que possible et au plus tard fin 2017, à la prévention de la transmission croisée (précautions standard- gestion des excréta)

Pour les EMS ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, certains dispositifs de coopération, notamment les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) visés à l'article L. 312-7 du CASF ou les groupements de coopération sanitaires (GCS) visés à l'article L. 61331-1 du CSP, peuvent fournir des opportunités de mutualisation de fonctions ou de compétences entre établissements, utiles notamment dans le cadre de ce programme (infirmier hygiéniste, qualiticien, gestionnaire de risque…)

En cas de difficulté lors de l'élaboration du DARI, il est recommandé de prendre l'attache de l'ARS qui a vocation à mobiliser l'expertise régionale en hygiène, pour apporter selon les besoins un appui de proximité aux établissements.

Dans le programme d'actions prioritaires qui sera défini par l'établissement, une attention toute particulière sera portée aux points suivants :

- la connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents/usagers des précautions standard, base de la lutte contre la transmission croisée ;
- l'information du personnel relative à l'antibiorésistance et aux bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes (*cf.* annexe 3) ;

– la sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale ;
– le signalement des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur (un décret d'application de l'art. L. 1413-14 modifié est en cours de rédaction).

L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (La CIRE pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aire à la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.

ANNEXE 2

LE DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)

A. – Méthode d'élaboration

Le management du risque infectieux dans les EMS vise deux objectifs, d'une part, améliorer la sécurité des résidents/usagers et du personnel, d'autre part, maintenir le bon fonctionnement de l'établissement.

L'option retenue pour gérer le risque infectieux dans les EMS est la mise en place d'une démarche d'analyse des risques selon le processus décrit dans le DARI, document élaboré afin d'aider les établissements à la formaliser.

L'engagement dans la démarche requiert la mise en place par le directeur de l'établissement des mesures organisationnelles suivantes :

– désignation d'un responsable dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement,

– mise en place d'un comité de suivi composé au minimum du directeur, du responsable mandaté, d'un médecin (le médecin coordonnateur en EHPAD), d'un cadre infirmier. Ce comité fera des points réguliers sur l'avancée de l'établissement dans la démarche, qui permettront d'opérer les ajustements nécessaires.

Le DARI

La démarche d'analyse des risques comporte classiquement trois étapes : évaluation des risques, gestion des risques et communication. Ce sont ces trois étapes d'égale importance qui doivent conduire à l'élaboration du DARI.

1. **Évaluation des risques**

Recenser les épisodes infectieux survenus dans l'établissement au cours des trois dernières années, qui ont pu toucher aussi bien les résidents que les personnels.

Déterminer leur criticité (obtenue en multipliant la gravité par la fréquence) :

Il est proposé d'utiliser une échelle de gravité et de fréquence simple cotée de 1 à 4.

Échelle de gravité :

1. Mineure : sans dommage pour la santé.
2. Moyenne : dommage, sans altération de l'état général.
3. Élevée : altération de l'état général, mais sans risque vital.
4. Très élevée : avec risque vital.

Échelle de fréquence :

1. Possibilité faible de survenue.
2. Possibilité moyenne de survenue.
3. Risque récurrent.
4. Possibilité très élevée.

Cette cotation est subjective, mais elle permet de classer facilement les épisodes infectieux selon l'importance ressentie

Hiérarchiser les épisodes infectieux selon leur criticité décroissante :

Cette cartographie sera utile à prendre en compte lorsqu'il s'agira de déterminer les priorités du programme de prévention de la structure.

2. **Gestion des risques**

Analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans la structure :

Le manuel d'auto-évaluation proposé pour accompagner cette étape permet de faire le point sur les organisations, les protocoles et autres moyens de prévention déjà implantés dans l'établissement. Il permet de dégager rapidement les points positifs et ceux qui sont à améliorer.

L'application informatique de l'outil permet l'édition des résultats sous forme de scores d'objectifs atteints pour chacun des sept chapitres du manuel. Au terme de l'exercice, les priorités d'amélioration sont ainsi tracées pour l'établissement.

Élaborer le programme d'actions prioritaires :

La gestion des risques consiste à élaborer les solutions qui permettront de les gérer, c'est-à-dire de les réduire autant que faire se peut. Cela passe par la construction et la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La deuxième étape du DARI consiste donc pour l'établissement à construire son programme d'actions prioritaires en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Si l'établissement fait le choix de passer des conventions avec d'autres établissements, organismes ou professionnels sur ce sujet, ces conventions seront jointes en annexe.

Fixer le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires à échéance des 2 ou 3 années à venir.

Prévoir la périodicité des évaluations du programme :

Ces évaluations périodiques permettront de mesurer les progrès accomplis et de réajuster autant que de besoin le programme d'actions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident.

3. **Communication**

Le responsable de la mise en œuvre de la démarche veille en lien avec la direction, à assurer une bonne communication sur les décisions à chaque étape, sur les résultats obtenus, sur les éventuels réajustements du plan d'actions.

Il est essentiel de tenir informés tout au long du processus tous les acteurs concernés : en premier lieu les personnels et les professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi les résidents/usagers, leurs familles, les bénévoles et les différents partenaires, pour faire en sorte que chacun comprenne le sens du travail engagé et participe pleinement à la mise en place et à l'évaluation des actions correctives.

B. – Tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation

TABLEAU D'AIDE à l'élaboration du plan d'action DARI	CHAPITRES	POINTS FAIBLES de votre organisation.	ACTION à conduire	RESPONSABLE de l'action	CALENDRIER	POINTS de situation 1 (Date du comité de suivi)
1	Chapitre I. - Organisation des moyens de prévention dans l'établissement					
2	I-1. Moyens					
3	I-2. Surveillance/Alerte/Indicateurs					
4	I-3. Antibiotiques					
5	I-4. Tenue du personnel dans l'établissement					
6	Chapitre II. - Gestion de l'environnement et des circuits					
7	II-1. Entretien des locaux					
8	II-2. Hygiène en restauration					
9	II-3. Gestion du linge					
10	II-4. Gestion des déchets					
11	II-5. Gestion de la qualité de l'eau					
12	Chapitre III. - Gestion du matériel					
13	Chapitre IV. - Gestion des soins					
14	IV-1. Actes infirmiers et de nursing					
15	IV-2. Antiseptiques					
16	IV-3. Précautions « standard »					
17	IV-4: Précautions complémentaires					
18	IV-5. Hygiène des résidents					
19	Chapitre V. - Les vaccinations contre les affections respiratoires					
20	Chapitre VI. - Gestion des risques épidémiques					
21	VI-1. Gale					
22	VI-2. Tuberculose pulmonaire					
23	VI-3. Gastro-entérite					
24	VI-4. Infection respiratoire aigüe basse					
25	Chapitre VII. - Prévention des accidents avec exposition au sang					

ANNEXE 3

PRÉVENTION ET MAÎTRISE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

La résistance aux antibiotiques est un enjeu de santé publique qui n'est pas limitée au secteur hospitalier : des patients porteurs de bactéries multi résistantes (BMR) voire hautement résistantes (BHRe) sont identifiés en communauté, en particulier dans des établissements médico-sociaux tels les EHPAD. La maîtrise de la diffusion des BMR ou BHR repose sur deux axes stratégiques : la prévention de la diffusion à partir des patients porteurs et la réduction de la prescription des antibiotiques.

La prévention de la diffusion repose d'abord sur l'application des précautions standard (PS) pour tous les soins, à tous les résidents/usagers, quel que soit leur statut infectieux (c'est-à-dire qu'ils soient malades ou non, colonisés ou non). À cet égard sont soulignés :

– l'impératif de mettre en place une organisation qui facilite l'hygiène des mains au plus près des soins en privilégiant l'emploi des solutions hydro alcooliques (SHA) ;
– la nécessité d'appliquer les recommandations en vigueur pour la gestion des excréta.

S'il n'y a pas lieu de procéder au dépistage des résidents/usagers en EHPAD pour rechercher un portage BMR ou de BHRe, pour les porteurs identifiés les mesures spécifiques suivantes sont à mettre en œuvre :

– mettre en place une signalisation relative aux mesures complémentaires d'hygiène à observer, selon la procédure de l'établissement (ex : sur la porte de la chambre ou à l'intérieur de la chambre, sur le dossier du résident/usager, les bons de transports…) ;
– informer impérativement les établissements ou les professionnels de santé « receveurs » du statut de porteur de BMR/BHRe du résident/usager lors des transferts (pour hospitalisation, consultation, examens…) ;
– informer sur les règles d'hygiène à adopter : le résident/usager, ses proches, l'équipe soignante, les intervenants extérieurs (ex ambulanciers) ;
– réaliser un bio nettoyage quotidien de la chambre selon la procédure en vigueur dans l'établissement. Une prise en charge en chambre individuelle est recommandée.

La réduction de la prescription des antibiotiques peut bénéficier de la mise en place des mesures suivantes :

– mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique ;
– déterminer, en lien avec les médecins traitants concernés, les modalités de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique entre la 48e et la 72e heure ;
– améliorer le diagnostic par la mise à disposition de tests rapides d'orientation (ex TROD grippe) ;
– réaliser un prélèvement seulement sur prescription médicale ;
– sensibiliser le personnel mais aussi les résidents/usagers et leurs proches au bon usage des antibiotiques.

L'ensemble de ces éléments est détaillé dans l'appendice 1 ; des supports de communication expliquant les mesures d'hygiène pour la prise en charge des BMR et BHRe sont disponibles auprès du réseau CCLIN-ARLIN.

Par ailleurs, la bonne information de tous doit permettre d'éviter toute crainte inconsidérée des BMR et BHRe qui pourrait conduire soit à un refus injustifié d'une demande d'admission dans un établissement ou à la stigmatisation d'un résident/usager porteur.

APPENDICE

« L'antibiorésistance et les bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes : comprendre pour mieux agir »

Éléments d'information pour le personnel des ESMS

La longue bataille contre les maladies infectieuses

C'est à Louis Pasteur que l'on doit d'avoir compris que les infections sont causées par des microbes, (on dit aujourd'hui micro-organismes) et que l'une des modalités de leur acquisition était « la transmission croisée ». Ainsi, à propos de la fièvre puerpérale, qui tuait de nombreuses femmes dans les suites de leur accouchement à l'hôpital, il a écrit, contrecarrant les diverses théories de l'époque : « Ce qui cause l'infection, ce n'est rien de tout cela ; c'est le médecin et son personnel qui transporte le microbe d'une femme malade à une femme saine ». Pasteur a démontré l'importance de l'hygiène, confirmant ainsi les travaux précurseurs de Semmelweis, obstétricien hongrois, qui avait déjà relié « la fièvre des accouchées » au manque de propreté des médecins et à l'absence de désinfection dans les hôpitaux.

Puis Pasteur a ouvert la voie à la vaccination en sauvant en 1885, un petit alsacien de 9 ans Joseph Meister, mordu par un chien enragé sur le chemin de l'école.

En 1928, le docteur Alexander Fleming découvre par hasard, la pénicilline, en observant l'action de moisissures qui ont, en son absence, contaminé ses boites de laboratoires. Mais il faudra attendre une dizaine d'années encore et les travaux d'une équipe internationale pour disposer de la pénicilline G. Les premiers patients à bénéficier de cet antibiotique seront des blessés britanniques de la seconde guerre mondiale. (L'utilisation des moisissures pour traiter des infections était connue depuis la plus haute antiquité : Chine, Grèce, Moyen Orient…). Depuis les années 1950, d'autres familles d'antibiotiques ont été progressivement découvertes. Les antibiotiques sont des substances capable de tuer ou d'inhiber les bactéries (les antibiotiques n'agissent pas sur les virus, ni sur les champignons, ni sur les parasites).

Depuis Pasteur, nous cherchons à combattre les microbes responsables d'infections humaines, mais aussi animales ou végétales. Grace à l'hygiène, aux vaccins, aux antibiotiques, mais aussi à l'amélioration des conditions de vie (ne disait-on pas au 19e siècle qu'il y avait deux sortes de tuberculose : celle dont on guérissait, la tuberculose des riches et celle dont on mourrait, la tuberculose des pauvres…), les succès dans ce domaine ont été gigantesques avec la disparition des grands fléaux (Peste, variole, diphtérie, choléra, tuberculose…) grâce notamment aux grandes campagnes conduites sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

On a pu croire un moment que la bataille contre les micro-organismes était gagnée, mais c'était sans compter sur la capacité d'adaptation sur le long cours des êtres vivants à leur environnement et de ce point de vue, les bactéries, premières formes de vie apparues la terre, étaient bien entraînées à se défendre, comme le montrera le développement rapide des résistances aux antibiotiques.

Quelques repères sur les bactéries

La plupart des bactéries sont des micro-organismes unicellulaires, dont le génome se compose d'un seul chromosome formé d'ADN, et qui se présentent le plus souvent sous une forme sphérique (les coques) ou sous forme de bâtonnets (les bacilles).

Les bactéries colonisent tous les écosystèmes, participant pour une très large part avec les autres micro-organismes, à l'équilibre biologique existant à la surface de la Terre. Elles sont donc présentes dans tous les milieux : le sol, l'eau, l'air, sur toutes les surfaces qui nous entourent, sur tous les êtres vivants qu'elles colonisent massivement.

La plupart des bactéries sont inoffensives ou bénéfiques pour l'organisme. Dans certaines conditions, certaines bactéries peuvent être pathogènes pour l'homme, c'est-à-dire susceptibles de provoquer une maladie.

Aux bactéries pathogènes qui pénètrent dans le corps, s'y développent et sont responsables d'infections, on oppose les bactéries saprophytes, qui pour la plupart, sont inoffensives (certaines peuvent toutefois être néfastes par le biais de toxines qu'elles sécrètent). On retrouve de nombreuses espèces de bactéries saprophytes dans le corps humain notamment au niveau de la peau et dans les conduits naturels (ex tube digestif) dans les flores qui les tapissent massivement.

L'homme dispose de moyens naturels de défense contre les bactéries pathogènes. « Pour déclencher une maladie, celles-ci doivent pénétrer dans l'organisme et s'y multiplier. Une bonne alimentation et une hygiène de vie correcte constituent une première protection. La peau, les muqueuses

forment une première ligne de défense contre la pénétration d'organismes pathogènes. Les bactéries de la flore normale constituent aussi une barrière de protection. Lorsqu'un micro-organisme a pénétré ces premières lignes de défense, il rencontre des cellules spécialisées qui se mobilisent contre l'envahissement, les phagocytes ; l'inflammation est une réaction défensive non spécifique. Un second système de défense très efficace est le système immunitaire spécifique, capable de reconnaître des antigènes portés ou sécrétés par les bactéries, et d'élaborer des anticorps spécifiques de ces antigènes. »

L'apparition ou non de la maladie infectieuse et son évolution résultent donc de l'équilibre entre d'une part, le nombre et la virulence (c'est-à-dire l'intensité de leur pouvoir pathogène) des bactéries pathogènes présentes dans l'individu (l'hôte), et d'autre part des capacités de défense naturelles de l'hôte.

L'apparition de bactéries multi résistantes (BMR) et hautement résistantes émergentes (BHRe) : de quoi s'agit-il ?

Quelques années seulement après la découverte des antibiotiques, on a vu apparaitre des bactéries qui n'étaient plus sensibles à un antibiotique auparavant efficace. Ces bactéries ont développé dans leur génome des gènes de résistance contre cet antibiotique, obligeant les médecins à avoir recours à un autre antibiotique. Puis, le phénomène s'est amplifié et certaines bactéries sont devenues résistantes à plusieurs antibiotiques à la fois, on dit qu'elles sont devenues multi résistantes.

La première bactérie multi résistante à avoir posé problème est le staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). Elle a présenté dés 1947 une résistance à la pénicilline, soit cinq ans seulement après le début de la mise sur le marché de cet antibiotique.

En France, jusqu'aux années 2000, c'était surtout l'hôpital qui était confronté aux bactéries multi résistantes mais la situation a radicalement changé : aujourd'hui, ce sont chez les patients des villes que le nombre d'infections à BMR augmentent.

De plus, on a vu plus récemment apparaitre des BMR avec des profils de résistance de plus en plus sévères : les bactéries hautement résistantes (BHR). Elles ne sont sensibles qu'à un nombre très limité d'antibiotiques. À ce jour en France, on ne les retrouve que sous forme de cas sporadiques ou d'épidémies de petite taille, on dit qu'elles sont émergentes (BHRe).

Faut-il craindre les BMR/BHRe ? pourquoi faut-il maîtriser leur diffusion ? rendent-elles malade ?

Le professeur Antoine Andremont, bactériologiste, spécialiste de la flore intestinale et professeur à la faculté de médecine Xavier-Bichat, explique : « Ce n'est pas parce qu'elles sont résistantes que les bactéries rendent les sujets malades. Il ne faut pas assimiler la "résistance" d'une bactérie et sa capacité à créer une maladie, ce qu'on appelle "virulence" ou "pathogénicité". Du point de vue médical, ce qui rend grave la multiplication des bactéries résistantes, c'est que les patients qui sont infectés par de telles bactéries sont plus difficiles à traiter que ceux qui sont infectés par des bactéries sensibles aux antibiotiques. Les difficultés thérapeutiques vont évidemment être de plus en plus importantes quand les bactéries vont devenir résistantes à de plus en plus d'antibiotiques. Très souvent désormais, nous avons à traiter des patients pour lesquels deux ou trois antibiotiques seulement restent actifs. Des cas où il n'y en a plus aucun ont été observés[2]. »

Dans un rapport de 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a alerté sur la grave menace, que constitue cette réalité à l'échelle mondiale, qui touche en de nombreux pays, des hommes et des femmes de tous âges. Le Dr Keiji Fukuda, sous-directeur général pour la sécurité sanitaire écrit : « À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère post-antibiotique, où des infections courantes et des blessures mineures, qui ont été soignées depuis des décennies, pourraient à nouveau tuer. »

Donc on le voit, si l'on cherche à toute force à limiter la diffusion des BMR/BHRe, c'est en raison de leur antibiorésistance, et non parce qu'elles seraient plus dangereuses que les autres bactéries : leur virulence et leur pouvoir invasif ne sont pas supérieurs à ceux des autres bactéries pathogènes.

Pourquoi et comment ces résistances bactériennes se sont-elles développées ?

Cette situation est la conséquence du mauvais usage des antibiotiques. Ces médicaments qui ont été développés uniquement pour traiter les infections d'origine bactériennes, ont été employés sans discernement pour tous les problèmes infectieux y compris les infections d'origine virale. Par ailleurs, comme ils étaient efficaces sur les bactéries, très peu toxiques et bon marché, on

[2] « Biodiversité, antibiotiques et résistance des bactéries : un surprenant trio ! » Prof. Antoine Andremont : *Notre santé et la biodiversité, Éd. Buchet-Chastel, Paris 2013.*

en a fait un emploi privilégié, les prescrivant dés la moindre fièvre, contribuant ainsi par ailleurs à faire oublier aux populations l'importance de l'hygiène. On en a fait un usage massif avec de fortes doses sur des durées inutilement longues. Cet emploi abusif n'a pas concerné uniquement la médecine humaine mais aussi la médecine vétérinaire et l'élevage.

Or dans tous ces cas, les antibiotiques ont eu pour conséquence non seulement de détruire les bactéries sensibles que l'on cherchait à tuer, mais du fait de leur élimination par le tube digestif, ils ont eu pour effet secondaire d'impacter l'écosystème intestinal dans lequel les bactéries résistantes ont pu proliférer. Le tube digestif héberge d'autant plus de bactéries résistantes qu'il a été exposé aux antibiotiques.

Comment lutter contre les BMR/BHRe ?

La lutte contre les BMR/BHRe repose sur deux piliers : la réduction de la prescription des antibiotiques et la prévention de leur diffusion.

La politique de bon usage des antibiotiques vise à la réduction de la consommation antibiotique

« En France, les prescriptions effectuées en ville représentent plus de 90 % des prescriptions d'antibiotiques en santé humaine. Des enquêtes révèlent que dans 40 % des cas à l'hôpital et dans 60 % des cas en ville, le traitement antibiotique est contraire aux recommandations des experts./.../ Si les habitudes de prescription semblent avoir évolué (se rappeler le slogan : « les antibiotiques c'est pas automatique » de la campagne réalisée par l'Assurance maladie), de nombreuses actions doivent encore être engagées ou poursuivies pour aboutir à cette « juste utilisation » que le plan national d'alerte sur les antibiotiques[3] s'est fixé comme objectif prioritaire pour les années à venir[4]. »

La prévention de la diffusion des BMR/BHRe passe par l'application des règles d'hygiène

Les règles d'hygiène concerne toute la population en général, mais dans les lieux de soins les professionnels doivent viser l'excellence dans ce domaine : aussi bien les soignants, que tous ceux qui travaillent au contact des personnes prises en charge, sans oublier ceux qui assurent une fonction déterminante de ce point de vue dans l'établissement : restauration, lingerie et ménage.

Les professionnels de santé contribuent à la maîtrise de la diffusion des BMR/BHRe par l'application stricte des précautions standard (PS) lors de tous les soins. La Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) a publié des guides de bonnes pratiques[5] pour maîtriser la transmission croisée des micro-organismes, selon les différents modes de transmission (par contact, par l'air, par les gouttelettes).

La lutte contre les BMR/BHRe nécessite également leur surveillance. En France, celle-ci est assurée par de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et ses relais en régions, en lien avec le réseau des CCLIN/ARLIN. L'ANSP coopère avec le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) qui collecte les données relatives aux infections les plus graves.

Quelles actions dans les ESMS ?

1. **La prévention de la diffusion des BMR/BHRe**

L'objectif est d'éviter la transmission croisée des micro-organismes pathogènes c'est-à-dire leur transmission entre les personnes *via* les mains du personnel ou le matériel.

1.1. *Mesures générales à appliquer lors de la prise en charge de tous les résidents/usagers*

Appliquer les précautions standard (PS) pour tous les soins, à tous les résidents/usagers, quel que soit leur statut infectieux (c'est-à-dire qu'ils soient malades ou non, colonisés ou non).

Le soin étant entendu au sens large de « prendre soin » (aide aux gestes de la vie quotidienne, toilettes, changes...).

Les précautions standard représentent la base des mesures de prévention de la transmission croisée des micro-organismes. L'observance des PS est d'une importance capitale pour limiter le risque de transmission croisée entre patients, mais également pour minimiser le risque de trans-

[3] Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

[4] Bruno Grandbastien, membre du Haut Conseil de santé publique - revue *ADSP* n°87 juin 2014-P7-9.

[5] SFHH. 1. Recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée : précautions standard et précautions complémentaires contact .Revue Hygiènes 2009 et 2. Recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire et gouttelettes. Revue *Hygiènes* 2013.

porter le micro-organisme présent sur la peau, les muqueuses ou dans le tube digestif en un autre site (colonisation multi-sites du patient). C'est ainsi le premier et parfois le seul rempart contre la diffusion épidémique de micro-organismes.

Mettre en place une organisation qui facilite l'hygiène des mains au plus prés des soins en privilégiant l'emploi des solutions hydro alcooliques (SHA) selon les recommandations des experts.

Cette mesure concerne chaque catégorie de soignants en contact physique avec les résidents/usagers dans les unités de vie ou au niveau des plateaux techniques (ex-kinésithérapie).

Il est recommandé aux directeurs de formaliser et faire valider la procédure d'hygiène des mains dans l'établissement, de suivre la consommation des SHA des différentes unités et de surtout de veiller au maintien dans le temps des bons comportements. Il pourra être utile de faire à intervalle régulier un audit des pratiques professionnelles en la matière.

Les équipes de soins doivent également veiller à informer le résident/usager et ses proches à l'importance qu'il y a à réaliser un geste d'hygiène des mains lors des actes simples de la vie courante (avant le repas, après le passage aux toilettes, etc.)

Gérer les excréta selon les recommandations en vigueur

Le tube digestif représente le principal réservoir de bactéries commensales (la flore intestinale ou microbiote) potentiellement résistantes aux antibiotiques.

La manipulation des excréta (selles, urines…) expose le soignant, le résident/usager et l'environnement à une contamination microbienne.

Cette exposition est présente lorsque le personnel réalise un change, manipule des bassins de lit, urinals, seaux de chaise percée, vide un sac collecteur d'urine, manipule le linge ou les déchets souillés par les urines ou les selles.

Pour réaliser ces tâches, les soignants doivent disposer du matériel nécessaire : gants non stériles et tabliers à usage unique étanches pour protéger la tenue lors de tous les soins mouillants/souillants.

L'usage d'un procédé limitant en particulier les manipulations et la diffusion environnementale des bactéries, de type lave-bassin, est préconisé. (Attention aux mésusages du lave-bassins : on ne vide pas les bassins après usage avant désinfection, de même que, si on ne dispose pas de lave-bassins, on n'utilise pas les douchettes pour nettoyer les bassins à cause du risque de contamination par aérosolisation des bactéries fécales).

1.2. *Mesures spécifiques*

Selon les recommandations[6] du Haut conseil de santé publique (HCSP), en EHPAD il n'y a pas lieu de faire de dépistage des résidents/usagers pour rechercher ce type de portage même si un résident/usager est porteur de BMR/BHRe.

Conduite à tenir pour les résidents/usagers identifiés comme porteurs de BMR/BHRe, qu'ils soient malades ou simplement colonisés :

- mettre en place une signalisation relative aux mesures complémentaires d'hygiène à observer, selon la procédure de l'établissement (ex : sur la porte de la chambre ou à l'intérieur de la chambre, sur le dossier du résident/usager, les bons de transports…) ;
- informer impérativement les établissements ou les professionnels de santé « receveurs » du statut de porteur de BMR/BHRe du résident/usager lors des transferts (pour hospitalisation, consultation, examens…). Le notifier systématiquement dans la lettre de liaison ;
- informer sur les règles d'hygiène à adopter : le résident/usager, ses proches, l'équipe soignante, les intervenants extérieurs (ex-ambulanciers) ;
- réaliser un bio nettoyage quotidien de la chambre selon la procédure en vigueur dans l'établissement. Une prise en charge en chambre individuelle est recommandée.

2. **La réduction de la prescription des antibiotiques**

Dans les EMS, comme en ville, la prescription est de la seule compétence des médecins traitants, eux seuls sont habilités dans le cadre de la relation médecin-malade, à mettre un résident/usager sous antibiotique, à choisir la molécule, à fixer la dose et la durée du traitement et à réévaluer leur prescription.

[6] Haut conseil de la santé publique. Prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. Rapport, juillet 2013. Disponible sur : www.hcsp.fr

Toutefois, il s'avère que d'autres personnes peuvent influencer la prescription :

– le résident/usager ou ses proches qui s'inquiètent et font pression sur le médecin pour une mise sous antibiotiques ;
– les soignants eux même en signalant au médecin des signes ou des symptômes ou en réalisant à leur initiative, des prélèvements cutanés ou urinaires qui vont mettre des germes en évidence (souvent de simples colonisations n'appelant pas de traitement).

De ce fait, le bon usage des antibiotiques requiert la compréhension de tout le monde sur ses enjeux : la maîtrise de l'antibiorésistance et la maîtrise de la diffusion des BMR/BHRe, qui sont comme les deux faces d'une même pièce.

La réduction de la prescription des antibiotiques répond à un double objectif, d'une part, traiter efficacement et d'autre part, prévenir les résistances en prescrivant moins d'antibiotiques.

Les mesures qu'il est possible de mettre en place dans les EMS sont les suivantes :

– sensibiliser le personnel mais aussi les résidents/usagers et leurs proches (ex *via* le Conseil de la vie sociale) au bon usage des antibiotiques ;
– interdire tout prélèvement sans prescription médicale ;
– déterminer, en lien avec les médecins traitants concernés, les modalités de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique entre la 48e et la 72e heure ;
– mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique ;
– améliorer le diagnostic par la mise à disposition de tests rapides d'orientation (ex TROD grippe).

Au total :

On veillera par une bonne information à éviter toute crainte inconsidérée des BMR/BHRe qui pourrait conduire soit à un refus injustifié d'une demande d'admission dans l'établissement, soit à la stigmatisation d'un résident/usager identifié porteur de BMR/BHRe. Un résident porteur de BMR ou de BHRe est un résident /usager que l'on peut prendre en charge sans complexité accrue ni limitation de ses activités. Il ne représente pas pour le personnel un risque de contamination supérieur à celui des autres bactéries pathogènes.

Dans tous les cas, il faut renforcer les précautions standard, optimiser la gestion des excrétas et contribuer au juste usage des antibiotiques.

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 21 juin 2016 portant désignation des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale

NOR : *AFSS1630522A*

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt, porte-parole du Gouvernement,

Vu l'arrêté du 25 juillet 2011 portant nomination au comité d'histoire de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 22 novembre 2012 portant réforme du comité d'histoire de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 21 juillet 2015 prorogeant le mandat des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale,

Arrêtent :

Article 1er

Mme RUELLAN Rolande, présidente de chambre honoraire à la Cour des comptes, est nommée présidente du comité d'histoire de la sécurité sociale pour une durée de quatre ans.

Article 2

Sont nommés, en raison de leur compétence, membres dudit comité pour une durée de quatre ans les personnes dont les noms suivent :

Mme BADEL Maryse, maître de conférences HDR, université de Bordeaux, faculté de droit et science politique.

M. BORGETTO Michel, professeur de droit public, université Panthéon-Assas - Paris-II.

M. CAPUANO Christophe, maître de conférences en histoire contemporaine, université Lumière - Lyon-II.

Mme CATRICE-LOREY Antoinette, sociologue, ancien directeur de recherche au CNRS.

M. CAUSSAT Laurent, inspecteur général des affaires sociales.

M. CHADELAT Jean-François, inspecteur général des affaires sociales honoraire, président d'honneur du fonds CMU.

M. CHAILLAND Alain, conseiller maître à la Cour des comptes.

M. CHARPENTIER François, journaliste.

Mme CLOTUCHE Gabrielle, ancien directeur à la Commission européenne, en charge de la protection sociale en Europe.

M. COUDREAU Dominique, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes.

M. CULAUD Henri, inspecteur général de l'agriculture honoraire.

M. DAMON Julien, professeur associé à Sciences-Po Paris.

Mme DE LUCA BARRUSSE Virginie, professeure de démographie, directrice de l'institut de démographie de l'université Paris Panthéon-Sorbonne.

M. DOMERGUE Jean-Paul, ancien directeur juridique de l'UNEDIC.

M. DREYFUS Michel, directeur de recherche au Centre d'histoire sociale du xxe siècle, CNRS.

M. FONTENEAU Robert, administrateur civil honoraire.

M. FRIDENSON Patrick, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales.

M. GEORGES Philippe, inspecteur général des affaires sociales honoraire.

M. GIRAULT Jacques, professeur émérite d'histoire contemporaine, université Paris-XIII.

M. HATZFELD Nicolas, professeur d'histoire contemporaine, université d'Évry-Val-d'Essonne.

M. HUTEAU Gilles, professeur en politiques de protection sociale et politiques sociales à l'École des hautes études en santé publique.

M. LAROQUE Michel, inspecteur général des affaires sociales honoraire.

M. LEGRAND Patrice, président de l'Agence des systèmes d'informations partagés de santé (ASIP Santé), administrateur civil honoraire.

Mme LEVY-ROSENWALD Marianne, conseillère maître honoraire à la Cour des comptes.

M. MAREC Yannick, professeur d'histoire contemporaine, université de Rouen.

M. MARIÉ Romain, maître de conférences, université de Lorraine.

M. MAYEUR Pierre, ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

Mme MELLA Elisabeth, maître de conférences HDR, université Paris-Dauphine.

M. de MONTALEMBERT Marc, président du CEDIAS-Musée social, professeur honoraire de politiques sociales, université de Paris-Est-Créteil.

Mme MORAND Danièle, docteur en médecine retraitée.

M. OLSZAK Norbert, professeur à l'école de droit de la Sorbonne, université Paris-I.

Mme OMNÈS Catherine, professeure émérite d'histoire contemporaine, université de Versailles - Saint-Quentin-en-Yvelines.

M. PALIER Bruno, directeur de recherche, CNRS, centre d'études européennes de Sciences-Po Paris.

M. PRÉTOT Xavier, conseiller à la Cour de cassation, doyen de la 2e chambre civile.

Mme PRUD'HOMME Nicole, ancienne présidente de la Caisse nationale des allocations familiales.

M. RABATÉ Laurent, conseiller maître à la Cour des comptes.

M. ROSENTAL Paul-André, professeur des universités, Sciences-Po Paris, chercheur associé à l'Institut national d'études démographiques.

M. STECK Philippe, ancien directeur des prestations familiales et des relations internationales à la Caisse nationale des allocations familiales.

M. SYLVESTRE Gérard, inspecteur général de l'équipement honoraire.

M. TAURAN Thierry, maître de conférences, université de Lorraine.

Mme TOUCAS Patricia, historienne, CNRS.

Mme TUFFERY-ANDRIEU Jeanne-Marie, professeure d'histoire du droit, université de Strasbourg.

M. VALAT Bruno, maître de conférences en histoire contemporaine, Institut Champollion, université de Toulouse.

M. VERNIER Olivier, professeur d'histoire du droit, université de Nice - Sophia-Antipolis.

M. VIET Vincent, historien, chercheur au Centre de recherche médecine, sciences, santé, société (CERMES3).

Mme WEBER Florence, professeure à l'École normale supérieure, PSL Research university, centre Maurice Halbwachs.

Article 3

Le directeur de la sécurité sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales et de la santé et des droits des femmes.

Fait le 21 juin 2016.

Le ministre des finances et des comptes publics,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

La ministre des affaires sociales
et de la santé,
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale
T. Fatome

Le ministre de l'agriculture,
de l'agroalimentaire et de la forêt,
porte-parole du Gouvernement,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur des affaires financières,
sociales et logistiques,
C. Ligeard

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Décision du 23 juin 2016 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du Régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2016

NOR : *AFSS1630525S*

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,

Vu l'arrêté du 19 juillet 2007 modifié fixant les conditions de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale et du service du contrôle médical du Régime social des indépendants ;

Vu l'avis de concours pour le recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du Régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé publié au *Journal officiel* du 5 décembre 2015,

Décide :

Article 1er

Sont inscrits sur la liste d'admission au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du Régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé, au titre de l'année 2016, les candidats dont les noms suivent :

Section médecine

1. ABAACH, née KOLENDA (Anna).
2. ASLAN (Madeleine).
3. BABOKA (Lydia).
4. BADREAU, née GRIZEAU (Marie-Luce).
5. BARBE (Cécile).
6. BENABDALLAH (Naïma).
7. BENZAKIN (Brigitte).
8. BESSERAT, née SFOGGIA (Danielle).
9. BOHLER (Eva).
10. BONNE, née GRARDEL (Sidonie).
11. BOUJU (Brigitte).
12. BOULET (Pascal).
13. BOZOUKLIAN, née NICOLAS (Sylvie).
14. BRICHE (Sabine).
15. BROHET (Anne).
16. BROUSSE (Jean-François).
17. CADI, née THOMAS (Claire).
18. CAMBUZAT (Arnaud).
19. CHAMP (Stéphanie).
20. COLOMAY, née BOUAZIZ (Danièle).
21. DALBERGUE (Bernard).
22. DAVOUX, née DIDIER (Carine).
23. DELATTRE (Xavier).
24. DEMENGEON (Fabrice).
25. DENIEZ (Thierry).
26. DENIS (Laurent).
27. DOUSSAUD-LESAGE (Marie Juliette).
28. DUHAMEL (Dominique).

29. EGRON (Aurélie).
30. ESCARD, née COMBE (Sylvie).
31. ESPERABE-VIGNAU, née JARDIN (Sandrine).
32. EVRARD (Didier).
33. FADEUILHE (Marie-Christine).
34. FAGOT (Agnès).
35. FIERFORT, née SELLES (Élisabeth).
36. FILIDORI (Xavier).
37. FILIPPONI, née MIRANDA (Marie-Françoise).
38. FOUCAULT (Pierre).
39. FRANKI, née JUNOT (Marie).
40. GAMBY, née MICHEL (Amarine).
41. GAST, née CARPENTE (Fabienne).
42. GAUTHIER, née AUZARY (Fabienne).
43. GELAS, née BONIFACE (Martine).
44. GIRAUX, née ARCELLA MUJICA (Maria Del Pilar).
45. GIUDICE (Alain).
46. GLEMOT (Yves).
47. GOUJON (Amélie).
48. GROUSSIN (Sophie).
49. GUIAS, née MESGARD (Anne).
50. GUILLEM (Jean-François).
51. HARBONNIER, née DELIVYNE (Marguerite-Marie).
52. HAYE, née NGUYEN-CAO (Anne-Claire).
53. HEAULME (Nolwenn).
54. HEBBEN (Yannick).
55. HEBRARD, née VASSY (Marie-Cécile).
56. HELMANY (David).
57. HERAULT (Mickaël).
58. HERGIBO (Laurent).
59. HIMDI, née DUFRESNE (Mélanie).
60. HOANG (Marie-Noëlle).
61. HOMER (Lionel).
62. HUAS, née SUAREZ (Isabelle).
63. HUSSON (Marie).
64. JOLY (Charlotte).
65. JOSSET (Thierry).
66. JUNGO (Tiffany).
67. KERN, née MIESCH (Barbara).
68. KOLODZIEJCZYK (Jean-Pierre).
69. LABOURE (Sylvie).
70. LADIAS (Philippe).
71. LAFONT (Matthieu).
72. LAVIGNASSE, née GILABERT (Marie-Hélène).
73. LECARPENTIER, née AYEM (Marie-Laure).
74. LEFEBVRE, née PORTAL (Céline).
75. LE GALL (Catherine).
76. MAILLARD (Gauthier).
77. MARTIN (Patrice).
78. MATHIOT, née PIERRE (Stéphanie).
79. MICOR (Laurent).
80. MIHAILESCU, née STANCA (Adriana).
81. NGUYEN (Mathieu).
82. NIVOIX, née BLESIUS (Bernadette).
83. NOURANI SANGSARI (Aziz).

84. ORTEGA (Nicole).
85. PELOUZE (Nicole).
86. PETITFOUR (Marc).
87. PHILIPPON (Claire).
88. PITIOT, née BERNARD (Martine).
89. PIWONSKI (Jean-Michel).
90. PONS (Laurent).
91. RABIN-BOUTIN (Dominique).
92. RANDRIAMBOLA, née RATSIVALAKA (Fara Tsiory).
93. RANGUIN (Thomas).
94. REVENEAU (Olivier).
95. RICHARD (Thierry).
96. ROBERT DE RANCHER (Clémence).
97. RODARO, née HELBERT (Bénédicte).
98. ROUCHAUD, née PICHOT (Marie-Dominique).
99. ROUCHER, née MICHELET (Laurence).
100 ROUQUET, née DUHAMEL (Flavie).
101. ROUSSEL (Françoise).
102. SAIFI (Samira).
103. SAINT-CHARLES (Nicole).
104. SANTUCCI, née GINISTY (Béatrice).
105. SEKNAZI (Alain).
106. SETIF (Pascal).
107. SOUILLE (Caroline).
108. THOMAS (Marie-Emmanuelle).
109. TOURNADE, née BARANIAK (Anne).
110. TURSAN (Christophe).
111. VAN DOESBURG (Bernard).
112. VERBRUGGHE (Philippe).
113. VIALENS (Gilles).

Fait le 23 juin 2016.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
N. Revel