BULLETIN Officiel

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 8 – 15 septembre 2015

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

Plan de classement

Sommaire chronologique

Sommaire thématique

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 février 2015

Décision du 10 février 2015 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 44

11 février 2015

Décision du 11 février 2015 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 11 février 2015 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 46

Décision du 11 février 2015 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 48

Décision du 11 février 2015 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 49

13 février 2015

Décision du 13 février 2015 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 50

Décision du 13 février 2015 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 52

16 février 2015

Décision du 16 février 2015 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 53

Pages

24 février 2015

Décision du 24 février 2015 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 54

26 février 2015

Décision du 26 février 2015 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 56

5 mars 2015

Décision du 5 mars 2015 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 58

19 mars 2015

Décision du 19 mars 2015 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 60

25 mars 2015

Décision du 25 mars 2015 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 62

8 avril 2015

Décision du 8 avril 2015 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 64

Décision du 8 avril 2015 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 66

Décision du 8 avril 2015 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 67

Décision du 8 avril 2015 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 68

Pages

Décision du 8 avril 2015 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 70

Décision du 8 avril 2015 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 72

Décision du 8 avril 2015 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 74

Décision du 8 avril 2015 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 75

Décision du 8 avril 2015 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 76

Décision du 8 avril 2015 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 78

9 avril 2015

Décision du 9 avril 2015 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 79

Décision du 9 avril 2015 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 80

Décision du 9 avril 2015 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 81

Décision du 9 avril 2015 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 82

14 avril 2015

Décision du 14 avril 2015 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 84

Pages

Décision du 14 avril 2015 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 86

Décision du 14 avril 2015 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 88

16 avril 2015

Décision du 16 avril 2015 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 90

17 avril 2015

Décision du 17 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 91

Décision du 17 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 93

24 avril 2015

Décision du 24 avril 2015 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 95

Décision du 24 avril 2015 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 96

27 avril 2015

Décision du 27 avril 2015 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 97

28 avril 2015

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur 99

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur 100

Pages

29 avril 2015

Décision du 29 avril 2015 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 101

30 avril 2015

Décision du 30 avril 2015 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 102

6 mai 2015

Décision du 6 mai 2015 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 104

12 mai 2015

Décision du 12 mai 2015 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 105

13 mai 2015

Décision du 13 mai 2015 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 106

Décision du 13 mai 2015 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 107

19 mai 2015

Décision du 19 mai 2015 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 108

21 mai 2015

Décision du 21 mai 2015 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 110

Pages

2 juin 2015

Décision n° N 2015-20 du 2 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 111

9 juin 2015

Circulaire DSS/DGOS/CNAMTS n° 2015-192 du 9 juin 2015 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP 721

12 juin 2015

Instruction DFAS/BBS n° 2015-183 du 12 juin 2015 relative à la politique du voyage en vigueur au sein des ministères chargés des affaires sociales 8

17 juin 2015

Note de service DREES/BPS n° 2015-218 du 17 juin 2015 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2015 dans les DRJSCS 26

19 juin 2015

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS n° 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé 435

23 juin 2015

Instruction interministérielle DGCS/B3/CGET n° 2015-170 du 23 juin 2015 relative à la mise en œuvre de plans d'actions pour l'égalité entre les femmes et les hommes habitant les quartiers de la politique de la ville 709

24 juin 2015

Décision n° N 2015-21 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 112

Décision n° N 2015-22 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 113

Décision n° N 2015-23 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 114

Décision n° N 2015-24 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 115

25 juin 2015

Délibération n° 2015-06 du 25 juin 2015 adoptant un avenant au contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion (2014-2016) 131

Délibération n° 2015-08 du 25 juin 2015 modifiant le cadre de référence par métiers des personnels du Centre national de gestion 136

Délibération n° 2015-09 du 25 juin 2015 modifiant la délibération n° 2007-07 du 13 décembre 2007 prise pour l'application au Centre national de gestion du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 138

Pages

30 juin 2015

Décision n° DS 2015-41 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 116

Décision n° DS 2015-42 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 118

Instruction interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3 n° 2015-221 du 30 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur la lutte contre l'habitat indigne et la lutte contre le saturnisme au titre de l'année 2013 et concernant l'ouverture de l'enquête portant sur les données de l'année 2014 465

3 juillet 2015

Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional 365

4 juillet 2015

Arrêté du 4 juillet 2015 portant le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du département ministériel relevant des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 1

7 juillet 2015

Décision n° DS 2015-43 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 119

Décision n° DS 2015-44 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 120

Délibération n° 2015-07-01 du 7 juillet 2015 portant modification de la composition des commissions des aides, des finances, du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique..... 139

Délibération n° 2015-07-02 du 7 juillet 2015 portant sur les frais de mission 141

Délibération n° 2015-07-03 du 7 juillet 2015 portant approbation du rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014..... 142

Délibération n° 2015-07-04 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par les ministères chargés des affaires sociales à destination des personnes en situation de handicap..... 143

Délibération n° 2015-07-05 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie à destination des personnes en situation de handicap 145

8 juillet 2015

Arrêté du 8 juillet 2015 relatif à l'admission des étudiants de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles dans les instituts de pédicurie-podologie français et à la délivrance d'une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue en France (*JO*RF n° 0157 du 9 juillet 2015)..... 158

Pages

10 juillet 2015

Arrêté du 10 juillet 2015 portant nomination d'un assesseur suppléant à la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens 167

Instruction DGCS/SD3B n° 2015-233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeures..... 615

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR. 340

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé 427

16 juillet 2015

Arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015 6

Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (***JO***RF du 22 juillet 2015)..... 558

Décision DG n° 2015-126 du 16 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé..... 121

17 juillet 2015

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à l'échelon spécial à la hors-classe des personnels de direction 417

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction..... 423

Instruction DGS/PP3/DGOS/PF2 n° 2015-224 du 17 juillet 2015 relative à l'interdiction de l'utilisation des tubulures comportant du DEHP dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité..... 382

Instruction DSS/1B n° 2015-263 du 17 juillet 2015 modifiant l'instruction DSS/1B n° 2015-177 du 22 mai 2015 relative au renouvellement des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé 306

20 juillet 2015

Arrêté du 20 juillet 2015 portant nomination des membres du jury du concours d'internat de médecine à titre étranger pour l'année universitaire 2015-2016 168

Décision DG n° 2015-129 du 20 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé..... 122

Convention de délégation de gestion du 20 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »..... 16

Pages

21 juillet 2015

Arrêté du 21 juillet 2015 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 29

Arrêté du 21 juillet 2015 prorogeant le mandat des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale 717

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur..... 123

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur..... 124

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur..... 125

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur..... 126

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur..... 127

Instruction DREES/DMSI/DGOS/R2 n° 2015-240 du 21 juillet 2015 relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents et dans celui de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence prévue en 2016 qui s'appuie sur les données de la statistique annuelle des établissements (SAE)..... 384

22 juillet 2015

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Alsace 31

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Auvergne..... 32

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie 33

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse..... 34

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Franche-Comté..... 35

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin..... 36

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie 37

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Lorraine..... 38

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Martinique..... 39

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord - Pas-de-Calais..... 40

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur 41

Pages

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire..... 42

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes..... 43

Arrêté du 22 juillet 2015 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° 0176 du 1er août 2015)..... 595

Convention de délégation de gestion du 22 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »..... 18

23 juillet 2015

Arrêté du 23 juillet 2015 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé..... 170

Arrêté du 23 juillet 2015 portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016 (56e promotion)..... 718

Arrêté du 23 juillet 2015 fixant le nombre de places proposées au titre du cycle de formation « Cap Dirigeants » (CapDIR) de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016..... 720

Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception..... 330

27 juillet 2015

Arrêté du 27 juillet 2015 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 2015..... 323

Arrêté du 27 juillet 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mai 2015..... 325

Arrêté du 27 juillet 2015 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° 0178 du 4 août 2015)..... 610

Arrêté du 27 juillet 2015 portant nomination à la Commission centrale d'aide sociale..... 614

Décision DG n° 2015-241 du 27 juillet 2015 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé..... 128

28 juillet 2015

Arrêté du 28 juillet 2015 portant renouvellement de fonction dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé..... 327

Instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2015-251 du 28 juillet 2015 relative à la révision du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés (actualisation de l'instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2014-363 du 22 décembre 2014)..... 399

Instruction interministérielle DGOS/RH1/RH4/DDI/BIP n° 2015-253 du 28 juillet 2015 relative à la modification de la durée des stages en qualité d'observateurs..... 310

Pages

29 juillet 2015

Décision n° 2015-25 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien délégué à l'Établissement français du sang 129

Décision n° 2015-26 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien adjoint à l'Établissement français du sang 130

Instruction DGOS/RH3 n° 2015-261 du 29 juillet 2015 relative à la sortie du régime d'assurance chômage des établissements publics de santé 413

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 20

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la cohésion sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 22

30 juillet 2015

Arrêté du 30 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination des membres du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015 .. 7

Convention de délégation de gestion du 30 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des ressources humaines relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 24

31 juillet 2015

Instruction DGOS/PF4 n° 2015-258 du 31 juillet 2015 relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03 346

Instruction DGOS/PF2 n° 20155-259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015 313

5 août 2015

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société BUSINESS GEOGRAFIC pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées aux moyens des applications fournies par les clients à des fins de suivi médical 433

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société LOMACO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par le client et installées sur la plateforme technique d'hébergement 434

11 août 2015

Arrêté du 11 août 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juin 2015 328

Pages

2 septembre 2015

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (*JO*RF n° 0204 du 4 septembre 2015) 172

Non daté

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.... 147

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration générale

Arrêté du 4 juillet 2015 portant le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du département ministériel relevant des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 1

Arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015 6

Arrêté du 30 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination des membres du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015 .. 7

Instruction DFAS/BBS n° 2015-183 du 12 juin 2015 relative à la politique du voyage en vigueur au sein des ministères chargés des affaires sociales 8

Administration centrale

Convention de délégation de gestion du 20 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 16

Convention de délégation de gestion du 22 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 18

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 20

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la cohésion sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 22

Convention de délégation de gestion du 30 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des ressources humaines relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 24

Services déconcentrés

Note de service DREES/BPS n° 2015-218 du 17 juin 2015 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2015 dans les DRJSCS 26

Pages

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Arrêté du 21 juillet 2015 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 29

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Alsace 31

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Auvergne 32

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie 33

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse 34

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Franche-Comté 35

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin 36

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie 37

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Lorraine 38

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Martinique 39

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord - Pas-de-Calais 40

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur 41

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire 42

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes 43

Décision du 10 février 2015 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 44

Décision du 11 février 2015 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 11 février 2015 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 46

Décision du 11 février 2015 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 48

Décision du 11 février 2015 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 49

Pages

Décision du 13 février 2015 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 50

Décision du 13 février 2015 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 52

Décision du 16 février 2015 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 53

Décision du 24 février 2015 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 54

Décision du 26 février 2015 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 56

Décision du 5 mars 2015 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 58

Décision du 19 mars 2015 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 60

Décision du 25 mars 2015 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 62

Décision du 8 avril 2015 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 64

Décision du 8 avril 2015 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 66

Décision du 8 avril 2015 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 67

Décision du 8 avril 2015 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 68

Décision du 8 avril 2015 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 70

Pages

Décision du 8 avril 2015 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 72

Décision du 8 avril 2015 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 74

Décision du 8 avril 2015 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 75

Décision du 8 avril 2015 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 76

Décision du 8 avril 2015 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 78

Décision du 9 avril 2015 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 79

Décision du 9 avril 2015 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 80

Décision du 9 avril 2015 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 81

Décision du 9 avril 2015 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 82

Décision du 14 avril 2015 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 84

Décision du 14 avril 2015 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 86

Décision du 14 avril 2015 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 88

Décision du 16 avril 2015 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 90

Pages

Décision du 17 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L.2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 91

Décision du 17 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L.2131-1 du code de la santé publique (partie législative) 93

Décision du 24 avril 2015 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 95

Décision du 24 avril 2015 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 96

Décision du 27 avril 2015 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 97

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur 99

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur 100

Décision du 29 avril 2015 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 101

Décision du 30 avril 2015 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 102

Décision du 6 mai 2015 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 104

Décision du 12 mai 2015 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 105

Décision du 13 mai 2015 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 106

Décision du 13 mai 2015 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 107

Décision du 19 mai 2015 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 108

Pages

Décision du 21 mai 2015 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 110

Décision n° N 2015-20 du 2 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 111

Décision n° N 2015-21 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 112

Décision n° N 2015-22 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 113

Décision n° N 2015-23 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 114

Décision n° N 2015-24 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang 115

Décision n° DS 2015-41 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 116

Décision n° DS 2015-42 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 118

Décision n° DS 2015-43 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 119

Décision n° DS 2015-44 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang 120

Décision DG n° 2015-126 du 16 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 121

Décision DG n° 2015-129 du 20 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé 122

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur 123

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur 124

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur 125

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur 126

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur 127

Décision DG n° 2015-241 du 27 juillet 2015 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé 128

Décision n° 2015-25 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien délégué à l'Établissement français du sang 129

Décision n° 2015-26 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien adjoint à l'Établissement français du sang 130

Délibération n° 2015-06 du 25 juin 2015 adoptant un avenant au contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion (2014-2016) 131

Délibération n° 2015-08 du 25 juin 2015 modifiant le cadre de référence par métiers des personnels du Centre national de gestion 136

Délibération n° 2015-09 du 25 juin 2015 modifiant la délibération n° 2007-07 du 13 décembre 2007 prise pour l'application au Centre national de gestion du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 138

Pages

Délibération n° 2015-07-01 du 7 juillet 2015 portant modification de la composition des commissions des aides, des finances, du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 139

Délibération n° 2015-07-02 du 7 juillet 2015 portant sur les frais de mission 141

Délibération n° 2015-07-03 du 7 juillet 2015 portant approbation du rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014 142

Délibération n° 2015-07-04 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par les ministères chargés des affaires sociales à destination des personnes en situation de handicap 143

Délibération n° 2015-07-05 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie à destination des personnes en situation de handicap 145

Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.... 147

SANTÉ

Professions de santé

Arrêté du 8 juillet 2015 relatif à l'admission des étudiants de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles dans les instituts de pédicurie-podologie français et à la délivrance d'une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue en France (*JO*RF n° 0157 du 9 juillet 2015) 158

Arrêté du 10 juillet 2015 portant nomination d'un assesseur suppléant à la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens 167

Arrêté du 20 juillet 2015 portant nomination des membres du jury du concours d'internat de médecine à titre étranger pour l'année universitaire 2015-2016 168

Arrêté du 23 juillet 2015 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé 170

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (*JO*RF n° 0204 du 4 septembre 2015) 172

Instruction DSS/1B n° 2015-263 du 17 juillet 2015 modifiant l'instruction DSS/1B n° 2015-177 du 22 mai 2015 relative au renouvellement des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé 306

Instruction interministérielle DGOS/RH1/RH4/DDI/BIP n° 2015-253 du 28 juillet 2015 relative à la modification de la durée des stages en qualité d'observateurs 310

Instruction DGOS/PF2 n° 20155-259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015 313

Établissements de santé

Arrêté du 27 juillet 2015 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 2015 323

Arrêté du 27 juillet 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mai 2015 325

Arrêté du 28 juillet 2015 portant renouvellement de fonction dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé 327

Arrêté du 11 août 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juin 2015 328

Pages

Circulaire DGOS R3/DGS/MC1 n° 2015-245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception 330

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR 340

Instruction DGOS/PF4 n° 2015-258 du 31 juillet 2015 relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03 346

Organisation

Instruction DGOS-PF3-R3-DGS-MC1 n° 2015-227 du 3 juillet 2015 relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional 365

Instruction DGS/PP3/DGOS/PF2 n° 2015-224 du 17 juillet 2015 relative à l'interdiction de l'utilisation des tubulures comportant du DEHP dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité 382

Gestion

Instruction DREES/DMSI/DGOS/R2 n° 2015-240 du 21 juillet 2015 relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents et dans celui de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence prévue en 2016 qui s'appuie sur les données de la statistique annuelle des établissements (SAE) 384

Instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2015-251 du 28 juillet 2015 relative à la révision du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés (actualisation de l'instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2014-363 du 22 décembre 2014) 399

Instruction DGOS/RH3 n° 2015-261 du 29 juillet 2015 relative à la sortie du régime d'assurance chômage des établissements publics de santé 413

Personnel

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à l'échelon spécial à la hors-classe des personnels de direction 417

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction 423

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé 427

Santé publique

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société BUSINESS GEOGRAFIC pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées aux moyens des applications fournies par les clients à des fins de suivi médical 433

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société LOMACO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par le client et installées sur la plateforme technique d'hébergement 434

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS n° 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé 435

Pages

Santé environnementale

Instruction interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3 nº 2015-221 du 30 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur la lutte contre l'habitat indigne et la lutte contre le saturnisme au titre de l'année 2013 et concernant l'ouverture de l'enquête portant sur les données de l'année 2014 465

Pharmacie

Pharmacie humaine

Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (*JO*RF du 22 juillet 2015) 558

SOLIDARITÉS

Établissements sociaux et médico-sociaux

Arrêté du 22 juillet 2015 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 nº 0176 du 1er août 2015) 595

Arrêté du 27 juillet 2015 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 nº 0178 du 4 août 2015) 610

Action sociale

Arrêté du 27 juillet 2015 portant nomination à la Commission centrale d'aide sociale 614

Handicapés

Instruction DGCS/SD3B nº 2015-233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeures 615

Droits des femmes

Instruction interministérielle DGCS/B3/CGET nº 2015-170 du 23 juin 2015 relative à la mise en œuvre de plans d'actions pour l'égalité entre les femmes et les hommes habitant les quartiers de la politique de la ville 709

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financement

Arrêté du 21 juillet 2015 prorogeant le mandat des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale 717

Arrêté du 23 juillet 2015 portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016 (56e promotion) 718

Arrêté du 23 juillet 2015 fixant le nombre de places proposées au titre du cycle de formation « Cap Dirigeants » (CapDIR) de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016 720

Circulaire DSS/DGOS/CNAMTS nº 2015-192 du 9 juin 2015 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP 721

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 4 juillet 2015 portant le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du département ministériel relevant des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

NOR : *AFSR1530486A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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

Vu l'arrêté du 27 octobre 2014 pris en application de l'article 75-1 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique;

Vu l'arrêté du 6 mai 2015 portant création du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel placé auprès du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes;

Vu l'avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel placé auprès du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes en date du 24 juin 2015,

Arrête:

Article 1er

Le règlement intérieur du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail du département ministériel relevant des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes institué auprès du directeur des ressources humaines est annexé au présent arrêté.

Article 2

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

Fait le 4 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur des ressources humaines,
J. Blondel

ANNEXE

Article 1er

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer, dans le cadre des lois et règlements en vigueur, les conditions de fonctionnement du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ministériel placé auprès du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

I. – CONVOCATION DES MEMBRES DU COMITÉ

Article 2

Chaque fois que les circonstances l'exigent, et au minimum trois fois par an, le comité se réunit sur la convocation de son président, soit à l'initiative de ce dernier, soit à la demande écrite d'au moins trois représentants titulaires, soit sur demande du comité technique auquel le CHSCT apporte son concours, conformément à l'arrêté du 6 mai 2015.

Dans ces deux derniers cas, la demande écrite adressée au président doit préciser la ou les questions à inscrire à l'ordre du jour.

Le comité se réunit dans le délai maximal de deux mois à compter du jour où la condition qui est requise par le premier alinéa pour le réunir a été remplie.

Le comité doit être réuni dans les plus brefs délais en cas d'urgence, notamment en cas d'accident grave ou ayant pu entraîner des conséquences graves et dans les 24 heures en cas d'application de la procédure fixée à l'article 5-7, alinéa 3, du décret n° 82-453 modifié du 28 mai 1982. Dans le cadre de la réunion du comité prévue au troisième alinéa de l'article 5-7, le président en informe l'inspecteur du travail territorialement compétent, dans la limite de la compétence du CHSCT ministériel.

Le président établit annuellement, en lien avec le secrétaire mentionné à l'article 66 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 modifié, un calendrier prévisionnel des réunions ordinaires de l'instance. Un calendrier prévisionnel annuel peut également être élaboré pour programmer les visites de site prévues à l'article 52 du décret du 28 mai 1982 modifié susmentionné.

Article 3

Son président informe l'ensemble des membres titulaires et suppléants du comité de la date, de l'heure et du lieu de chaque réunion de celui-ci, au moins quinze jours avant la date de la réunion, sauf lorsque la réunion du comité est motivée par l'urgence telle que définie à l'article 2. Il en informe, le cas échéant, leur chef de service.

Cette information vaut convocation des membres titulaires représentant le personnel.

En cas d'empêchement d'un membre titulaire, l'information vaut convocation du premier membre suppléant disponible.

L'ordre du jour et les documents qui s'y rapportent sont joints à cette information.

Article 4

Le président doit également informer l'assistant de prévention et/ou le conseiller de prévention, le conseiller technique national, le médecin de prévention ainsi que l'inspecteur santé et sécurité au travail des réunions du comité, de l'ordre du jour et leur transmettre l'ensemble des éléments adressés aux représentants titulaires du personnel.

Les acteurs mentionnés au premier alinéa participent aux débats mais ne prennent pas part au vote.

Article 5

Les experts et les personnes qualifiées sont convoqués par le président du comité quarante-huit heures au moins avant l'ouverture de la séance. Toutefois, le délai de convocation peut être plus bref dans le cas où la réunion du comité est motivée par l'urgence.

Article 6

Dans le respect des dispositions des articles 47 à 63 et 70 du décret n° 82-453 susvisé, l'ordre du jour de chaque réunion du comité est arrêté par le président après consultation du secrétaire du comité, désigné selon les modalités prévues à l'article 11 du présent règlement. Le secrétaire du comité peut proposer l'ajout de points à l'ordre du jour, après consultation des autres représentants du personnel.

À l'ordre du jour sont adjointes toutes questions relevant de la compétence du comité en application des articles 47 à 63 et 70 du décret n° 82-453 susvisé, dont l'examen est demandé par écrit au président du comité par au moins trois représentants titulaires.

II. – DÉROULEMENT DES RÉUNIONS DU COMITÉ

Article 7

Si les conditions de quorum exigées à l'article 71 du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 susvisé ne sont pas remplies (au moins la moitié des membres titulaires), une nouvelle convocation du comité doit intervenir dans le délai maximum de huit jours suivant celle au cours de laquelle le quorum n'a pas été atteint, ce délai devant être minoré, en conséquence, dans les hypothèses d'urgence mentionnées à l'article 2. Le comité siège alors quel que soit le nombre de représentants présents.

Article 8

Après avoir vérifié que le quorum est réuni, le président du comité ouvre la séance en rappelant les questions inscrites à l'ordre du jour.

Le comité, à la majorité des présents, décide, le cas échéant, d'examiner les questions dans un ordre différent de celui fixé par l'ordre du jour.

Article 9

Le président est chargé de veiller à l'application des dispositions réglementaires auxquelles sont soumises les délibérations du comité ainsi qu'à l'application du présent règlement intérieur. D'une façon plus générale, il est chargé d'assurer la bonne tenue et la discipline des réunions.

Article 10

Le secrétariat administratif du comité est assuré par un agent du service, spécifiquement désigné par le président, et qui assiste aux réunions.

Article 11

Les représentants titulaires du personnel choisissent parmi eux un secrétaire et un secrétaire adjoint du comité. Ils sont désignés pour une durée d'un an, par ordre alphabétique des organisations syndicales représentées au CHSCT (secrétaire : CFDT, CGT, FO, UNSA et secrétaire adjoint : CGT, FO, UNSA, CFDT).

Le secrétaire du comité contribue au bon fonctionnement de l'instance. Il est l'interlocuteur de l'administration et effectue une veille entre les réunions du CHSCT. Il transmet aux autres représentants du personnel les informations qui lui sont communiquées par l'administration, il aide à la collecte d'informations et à leur transmission.

Article 12

Les experts et les personnes qualifiées convoqués par le président du comité en application de l'article 70 du décret n° 82-453 susvisé et de l'article 5 du présent règlement intérieur n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent assister qu'à la partie des débats relative aux questions pour lesquelles ils ont été convoqués, à l'exclusion du vote.

Article 13

Les documents complémentaires utiles à l'information du comité, autres que ceux transmis avec la convocation, peuvent être lus et/ou distribués pendant la réunion à la demande d'au moins un des représentants du personnel ayant voix délibérative.

Article 14

Le comité émet ses avis à la majorité des représentants présents du personnel ayant voix délibérative.

Tout représentant du personnel ayant voix délibérative peut demander qu'il soit procédé à un vote sur des propositions formulées par l'administration ou des propositions émanant d'un ou de plusieurs représentants du personnel ayant voix délibérative.

En toute matière, il ne peut être procédé à un vote avant que chaque membre présent ayant voix délibérative ait été invité à prendre la parole.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée. Les abstentions sont admises. Aucun vote par délégation n'est admis.

Article 15

À la majorité des membres présents ayant voix délibérative, le comité peut faire appel, à titre consultatif, au concours de toute personne qui lui paraîtrait qualifiée. Ces personnes qualifiées participent aux débats mais ne prennent pas part aux votes.

Article 16

Le président peut décider, à son initiative ou à la demande d'un membre ayant voix délibérative, une suspension de séance. Il prononce la clôture de la réunion après épuisement de l'ordre du jour.

Article 17

Le secrétaire administratif du comité établit le procès-verbal de la réunion. Pour chaque point inscrit à l'ordre du jour qui aurait fait l'objet d'un vote, ce document indique le résultat et le vote de chacune des organisations syndicales représentées au sein du comité, à l'exclusion de toute indication nominative.

Le procès-verbal peut, le cas échéant, être établi avec l'appui d'un prestataire désigné à cet effet qui assiste aux séances.

Le procès-verbal, signé par le président du comité et contresigné par le secrétaire du comité, est transmis, dans la mesure du possible dans un délai maximum d'un mois, à chacun des membres titulaires et suppléants du comité.

Ce procès-verbal est approuvé lors de la séance suivante.

Lors de chacune de ses réunions, le comité est informé et procède à l'examen des suites qui ont été données aux questions qu'il a traitées et aux propositions qu'il a émises lors de ses précédentes réunions.

Il est tenu un répertoire des procès-verbaux des réunions.

Article 18

À la suite de l'intervention de l'un des fonctionnaires de contrôle mentionné aux articles 5 et 5-5 du décret n° 82-453 susvisé, le CHSCT reçoit communication du rapport en résultant, de la réponse faite par l'autorité administrative compétente, ainsi, que le cas échéant, de la réponse faite par l'autorité ministérielle.

Article 19

Toutes facilités doivent être données aux membres du comité pour exercer leurs fonctions.

Une autorisation spéciale d'absence est accordée aux représentants titulaires du personnel, aux représentants suppléants du personnel appelés à remplacer des représentants titulaires défaillants ainsi qu'aux experts convoqués par le président en application de l'article 70 du décret n° 82-453 susvisé et de l'article 5 du présent règlement intérieur.

La durée de cette autorisation comprend :

- la durée prévisible de la réunion ;
- les délais de route ;
- un temps égal à la durée prévisible de la réunion, qui est destiné à la préparation et au compte rendu des travaux du comité.

Ce temps ne peut pas être inférieur à une demi-journée. Sur simple présentation de la lettre de l'administration les informant de la tenue d'une réunion du comité d'hygiène, de sécurité et

des conditions de travail, les représentants suppléants du personnel qui souhaitent assister à cette réunion sans avoir voix délibérative et sans pouvoir prendre part aux débats, ont également droit à une autorisation spéciale d'absence calculée selon les modalités définies ci-dessus.

Les personnes qualifiées appelées à prendre part aux séances du comité en application de l'article 70 du décret n° 82-453 susvisé et de l'article 15 du présent règlement intérieur disposent du temps nécessaire pour participer aux travaux du comité.

Article 20

Toute modification du présent règlement intérieur doit faire l'objet d'un examen dans les mêmes formes que celles requises pour son adoption.

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015

NOR : *AFSR1530489A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le décret n° 90-975 du 30 octobre 1990 modifié portant statut particulier du corps des ingénieurs d'études sanitaires ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 1992 modifié relatif à la formation des ingénieurs d'études sanitaires, et notamment son article 7,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015 :

M. Philippe BERTIN, représentant le directeur général de la santé.

Mme Emmanuelle BURGEI, représentant le directeur des ressources humaines.

M. Cyrille CARPET, enseignant chercheur, représentant le directeur de l'École des hautes études en santé publique.

Mme Cécile LHEUREUX, ingénieur en chef du génie sanitaire à la délégation territoriale du Calvados.

M. Benoît ELLEBOODE, représentant le directeur général de l'agence régionale de santé Aquitaine.

M. Stéphane DE CARLI, représentant le directeur général de l'agence régionale de santé Basse-Normandie.

Article 2

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

Article 3

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

Fait le 16 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 30 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination des membres du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015

NOR : *AFSR1530540A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le décret n° 90-975 du 30 octobre 1990 modifié portant statut particulier du corps des ingénieurs d'études sanitaires ;

Vu l'arrêté du 21 septembre 1992 modifié relatif à la formation des ingénieurs d'études sanitaires, et notamment son article 7 ;

Vu l'arrêté du 16 juillet 2015 portant nomination des membres du jury de l'examen de fin de stage des ingénieurs d'études sanitaires de la promotion 2014-2015,

Arrête :

Article 1er

L'article 1er de l'arrêté du 13 mars 2014 susvisé est modifié comme suit :

Les mots : « M. Philippe BERTIN » sont remplacés par : « M. Philippe BRETIN »

Les mots : « M. Cyrille CARPET » sont remplacés par : « M. Cyrille HARPET ».

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 30 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
L'adjointe au chef du bureau de la formation,
J. Oudot

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction des finances, des achats
et des services

Sous-direction des services généraux
et de l'immobilier

Bureau du budget des services

Instruction DFAS/BBS n° 2015-183 du 12 juin 2015 relative à la politique du voyage en vigueur au sein des ministères chargés des affaires sociales

NOR : *AFSG1513173J*

Date d'application : 26 avril 2015.

Examinée par le COMEX, le 21 juillet 2015.

Catégorie : interprétation à retenir, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, lorsque l'analyse de la portée juridique des textes législatifs ou réglementaires soulève une difficulté particulière.

Résumé : politique du voyage harmonisée au sein des ministères chargés des affaires sociales.

Mots clés : politique du voyage.

Références :

Arrêté n° NOR : *AFSZ1509509A* du 15 avril 2015 publié au *Journal officiel* le 26 avril 2015 ; et
Arrêté n° NOR : *AFSZ1510285A* du 27 avril 2015 publié au *Journal officiel* le 5 mai 2015.

Annexes :

Annexe 1. – Les principes généraux
Annexe 2. – Les indemnités de mission
Annexe 3. – Les principales dispositions

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes , le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; copie à Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi.

Dans le cadre de la mutualisation des directions supports des ministères sociaux et de la mise en œuvre de l'outil de gestion des déplacements professionnels Chorus DT, une harmonisation des dispositions des arrêtés portant politique du voyage du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et du ministère du travail, de la formation professionnelle et du dialogue social a été engagée et a abouti à la parution le 26 avril 2015 d'un arrêté commun aux trois ministères.

La présente instruction a pour objet de présenter le cadre général des frais de déplacement temporaire des personnels de l'État (I), le périmètre de l'arrêté (II) et ses modalités d'application (III).

I. – CADRE GÉNÉRAL DES FRAIS DE DÉPLACEMENT TEMPORAIRE DES PERSONNELS DE L'ÉTAT

Le régime indemnitaire des frais de déplacement temporaire des personnels civils de l'État est fixé par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 qui instaure un tronc commun de règles applicables, pour les différents types de déplacements (missions, tournées, stages, intérim), à toutes les destinations (métropole, outre-mer et étranger).

Le cadre général est fondé sur 3 arrêtés interministériels du 3 juillet 2006, qui fixent les taux en montants de remboursement. Certains taux sont modulables par arrêté ministériel dans la limite de plafonds fixés par les arrêtés interministériels précités.

Dans les limites et selon les conditions définies par le décret, chaque entité publique (ministère, établissement public…) définit le régime indemnitaire applicable à son organisation.

II. – PÉRIMÈTRE DE L'ARRÊTÉ

L'arrêté ministériel a pour objet de fixer les règles de prise en charge, par l'administration, des transports et des frais de séjour (hébergement, repas, frais divers) engagés à l'occasion des missions ou stages de formation des agents publics ou personnes privées, collaborateurs occasionnels, des ministères chargés des affaires sociales[1].

Cet arrêté concerne tous les déplacements en France métropolitaine, dans les DOM, les collectivités d'outre-mer, les collectivités à statut spécial ainsi qu'à l'étranger.

Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux missions effectuées à partir de la date de publication de l'arrêté. Les missions effectuées antérieurement sont régies par l'arrêté du 25 juillet 2012 pour le secteur « santé et jeunesse et sports » et l'arrêté du 27 décembre 2006 modifié, pour le secteur « travail ».

III. – MODALITÉS D'APPLICATION

Les principales harmonisations concernent la définition de la résidence administrative, la revalorisation des indemnités de frais d'hébergement en métropole, la méthode de calcul des indemnités pour les missions à l'étranger au titre du dernier jour du déplacement, l'application du taux d'indemnité journalière pour toute mission à l'intérieur du pays étranger dans lequel est affecté l'agent, et les modalités de remboursement des repas déclarés pris dans une structure administrative.

La définition de la résidence administrative

Toute commune au sens de l'INSEE constitue une seule et même résidence administrative ou familiale. L'agent perçoit donc des indemnités forfaitaires pour frais supplémentaires de repas lorsqu'il se déplace d'une commune à une autre, qu'elles soient ou non limitrophes, pour effectuer des missions, des formations ou des stages (article 6).

Indemnités de nuitée en métropole

Le tableau ci-dessous détaille les anciens et nouveaux taux des indemnités, lorsque l'agent missionné est contraint d'avancer les frais (article 20).

	ANCIENS ARRÊTÉS santé et travail	NOUVEL ARRÊTÉ commun santé/travail	OBSERVATIONS
Taux de base	50 €	**55 €**	forfaitaire
Taux grandes villes de province	60 €	**70 €**	forfaitaire
Taux Paris et départements 92 + 93 + 94	70 €	**70 €**	forfaitaire
Taux IGAS/IGJS	80 €	**80 €**	Frais réel plafonné

[1] Le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et le ministère de la ville, de la jeunesse et des sports. Cet arrêté ne s'applique pas aux agents des opérateurs des ministères sociaux (ARS, CREPS…).

Il convient de noter que :

– le montant de base (France métropolitaine) est porté de 50 à 55 € ;
– le montant pour Paris, les communes des départements des Hauts-de-Seine, de la Seine-Saint-Denis et du Val-de-Marne et les grandes villes listées en annexe de l'arrêté est fixé à 70 € ;
– le montant de 60 € est supprimé.

Le remboursement s'effectue de façon forfaitaire, à l'appui de la présentation d'une facture. Pour les agents de l'IGAS et l'IGJS, le taux est plafonné à 80 € pour l'ensemble des missions accomplies en métropole : le remboursement est effectué sur la base des frais réellement engagés dans la limite du taux plafond.

Indemnités de repas en structure administrative

Lorsque l'agent missionné déclare avoir pris un repas dans une structure administrative, l'indemnité est réduite de 50 %, soit 7,63 € (**article 22**).

Indemnité journalière à l'étranger

Le barème des indemnités journalières forfaitaires accordées pour chaque pays est déterminé par l'arrêté du 3 juillet 2006 du ministère des finances. À ce barème, s'applique un taux de change de chancellerie mis à jour tous les quinze jours par le ministère des finances.

Le calcul des indemnités journalières de missions est décliné comme suit, sur la base de ces barèmes (**article 24**) :

- 65 % pour la nuitée, 17,5 % pour le repas du midi et 17,5 % pour le repas du soir.
- Si la mission s'étend sur plusieurs jours et qu'au titre de la dernière journée, elle se prolonge au-delà de 17 heures, 50 % de l'indemnité journalière est applicable pour cette dernière journée (**article 25**). Si le départ s'effectue avant 17 heures, les taux détaillés à l'article 24 sont appliqués.

Indemnité journalière pour un agent en poste à l'étranger effectuant une mission à l'intérieur du pays de sa résidence administrative.

Revalorisation du taux perçu : 100 % au lieu de 90 % précédemment (**dernier alinéa de l'article 29**)

Indemnité journalière dans les DOM/COM

Les barèmes des indemnités journalières forfaitaires pour les DOM et pour les COM sont fixés par l'arrêté du 3 juillet 2006.

Le calcul des indemnités journalières de missions est décliné comme suit, sur la base de ces barèmes (**article 24**) :

- 65 % pour la nuitée, 17,5 % pour le repas du midi et 17,5 % pour le repas du soir.

Par ailleurs, l'arrêté introduit les dispositions suivantes :

– l'utilisation de la voie aérienne est autorisée lorsque le trajet en train dans une même journée est supérieur à 4 h 30 mn ou lorsque les conditions tarifaires le justifient (**article 7**) ;
– le recours à la 1re classe en train est possible si les conditions de la mission ou les conditions tarifaires le justifient (**article 8**) ;
– l'utilisation du taxi peut être autorisée sous certaines conditions (**article 14**) ;
– les frais de parking peuvent être pris en charge dans la limite de 72 heures (**article 17**) ;
– Pour le décompte des indemnités, les délais forfaitaires pris en compte dans la durée de la mission avant l'heure de départ et après l'heure de retour indiqués sur les titres de transport sont portés à une heure en cas d'utilisation du train, et à 1 heure trente en cas d'utilisation de l'avion ou du bateau (**article 21**) ;
– les taux d'avances sont fixés à 100 % pour les déplacements à l'étranger et à 75 % pour les déplacements en France métropolitaine et ultramarine, (**article 18**).

À l'appui de cette instruction, vous trouverez en annexes les documents suivants :

– Annexe 1 : Les principes généraux
– Annexe 2 : Les indemnités de mission
– Annexe 3 : Les principales dispositions

Un guide du voyageur, en cours d'élaboration, vous sera adressé très prochainement. Il détaillera les éléments essentiels de la politique du voyage actuellement en vigueur au sein des ministères chargés des affaires sociales.

Le bureau du budget des services, en charge de la politique des déplacements, reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Pour les ministres et par délégation :

La directrice des finances,
des achats et des services,

V. Delahaye-Guillocheau

ANNEXE 1

PRINCIPAUX GÉNÉRAUX :

– Pour prétendre à la prise en charge d'indemnités de mission, de stage ou d'indemnités kilométriques, l'agent doit être hors de sa résidence administrative et familiale.
– Pour la délivrance des titres de transport au titre des missions, les agents de l'administration centrale doivent recourir au marché de voyagiste. En cas d'impossibilité l'agent devra procéder à l'avance des frais.
– Le voyage doit s'effectuer en classe économique pour les trajets aériens et en 2nde classe pour les trajets ferroviaires.
– Privilégier le mode de transport ferroviaire pour les trajets n'excédant pas 4 h 30 dans la journée.
– Lorsque l'agent bénéficie d'une prestation gratuite, qu'il s'agisse d'hébergement ou de repas, il ne peut prétendre à l'indemnité correspondante. Il appartient à l'autorité ordonnant le déplacement d'indiquer lors de l'établissement de l'ordre de mission si une ou plusieurs des prestations sont prises en charge.
– Les justificatifs des paiements de l'hébergement sont exigés pour l'ensemble des déplacements (métropole, outre-mer et étranger).
– Des avances sur frais de mission peuvent être accordés à hauteur de 75 % pour la métropole, et l'outre-mer et 100 % pour l'étranger. À son retour, l'agent doit transmettre les pièces justificatives de ses dépenses. La perte des justificatifs ou leur non-présentation peut entraîner le reversement de l'avance perçue.
– Le coût des cartes d'abonnement souscrites pour les besoins du service ou les cartes de réduction peuvent faire l'objet d'un remboursement dès lors que l'intéret économique est démontré.
– Des frais divers peuvent être remboursés sur présentation de justificatifs (délivrance d'un passeport ou d'un visa, vaccins et les traitements prophylactiques obligatoires ou recommandés...).

Textes de référence :

Arrêtés interministériels du 3 juillet 2006 (taux des indemnités de mission, des indemmnités kilométriques, des indemnités de stage) ;

Arrêté ministériel unique (santé, jeunesse et sports, travail) du 15 avril 2015 complété par l'arrêté du 27 avril 2015.

ANNEXE 2

LES INDEMNITÉS DE MISSION

LIEU de la mission	MONTANT en €	MODALITÉS de remboursement	PIÈCES justificatives	OBSERVATIONS
MÉTROPOLE				**Début et fin de la mission: horaires figurant sur les billets** **Délais supplémentaires: pour le train: 1 h 00 pour l'avion et le bateau: 1 h 30**
Hébergement				Totalité de la période entre 0 h et 5 h
Principe général Province	55	forfait	facture d'hôtel	Pour tout déplacement en région sauf grandes villes (voir ci-dessous)
Exception PARIS + petite couronne + grandes villes de province	70	forfait	facture d'hôtel	Pour les villes suivantes : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice, Rennes, Strasbourg et Toulouse + Paris et communes du 92+93+94
IGAS +IGJS (métropole)	80	frais réel plafonné	facture d'hôtel	
Repas midi (hors restauration collective)	15,25	forfait	aucune	Totalité de la période entre 12 h et 14 h
Repas soir (hors restauration collective)	15,25	forfait	aucune	Totalité de la période entre 19 h et 21 h
Repas midi et soir en restauration collective	7,63	forfait	aucune	Soumis à déclaration de l'agent missionné
Taxi		frais réels	factures	À titre exceptionnel: sur des courtes distances: en cas d'absence justifiée, permanente ou occasionnelle de moyens de transport en commun, ou obigation de transporter du matériel précieux, fragile, lourd et encombrant
Péage et parking		frais réels	factures	Dans la limite de 72 h (Hors usage d'un véhicule pour convenance personnelle)
Voie ferroviaire		frais réels (2nde classe)	billets	Recours à la 1re classe peut être autorisé et soumis à accord préalable si les conditions de la mission ou les conditions tarifaires permettent de le justifier
Voie aérienne		frais réels (classe éco)	billets	Recours à la voie aérienne autorisé si le temps de trajet par voie ferroviaire est supérieur à 4 h 30 pour un aller-retour dans la journée ou si les conditions tarifaires le justifient
Transports en commun		frais réels	factures	Complément de parcours remboursé si utilisation d'un abonnement (ex. : navigo pour le réseau francilien) ou ticket à l'unité ou carnet

LIEU de la mission	MONTANT en €	MODALITÉS de remboursement	PIÈCES justificatives	OBSERVATIONS
OUTRE-MER				**La mission commence à l'heure d'arrivée sur le lieu de mission et finit à l'heure de départ de ce même lieu.**
Martinique Guadeloupe, Guyane, Réunion, Mayotte et St Pierre-et-Miquelon				**Indemnité journalière: 90 €**
Hébergement	65 %	forfait	facture d'hôtel	Totalité de la période entre 0 h et 5 h
Repas midi	17,5 %	forfait	aucune	Totalité de la période entre 12 h et 14 h
Repas soir	17,5 %	forfait	aucune	Totalité de la période entre 19 h et 21 h
Taxi				**À titre exceptionnel: lorsque les conditions de la mission le justifient**
Nouvelle Calédonie, Wallis-et-Futuna et Polynésie Française				**Indemnité journalière: 120 €**
Hébergement	65 %	forfait	facture d'hôtel	Totalité de la période entre 0 h et 5 h
Repas midi	17,5 %	forfait	aucune	Totalité de la période entre 12 h et 14 h
Repas soir	17,5 %	forfait	aucune	Totalité de la période entre 19 h et 21 h
Taxi				À titre exceptionnel: lorsque les conditions de la mission le justifient

ÉTRANGER				**Le montant de l'indemnité journalière est fixé par pays dans l'arrêté du 3 juillet 2006.** **La mission commence à l'heure d'arrivée sur le lieu de mission et finit à l'heure de départ de ce même lieu.** **Le départ avant 17 h 00 peut donner lieu au remboursement d'un forfait de repas** **Le départ après 17 h 00 donne lieu à une 1/2 indemnité**
Hébergement	65 % de l'indemnité	forfait	facture d'hôtel	Totalité de la période entre 0 h et 5 h
Repas midi	17,5 % de l'indemnité	forfait	aucune	Totalité de la période entre 12 h et 14 h
Repas soir	17,5 % de l'indemnité	forfait	aucune	Totalité de la période entre 19 h et 21 h
Taxi		frais réels	facture	À titre exceptionnel : lorsque les conditions de la mission le justifient

ANNEXE 3

PRINCIPALES DISPOSITIONS DU NOUVEL ARRÊTÉ PORATNT POLITIQUE DU VOYAGE

DISPOSITIONS À HARMONISER	HARMONISATION SANTÉ/TRAVAIL/SPORTS	ARTICLE
Notion de résidence : droit à remboursement des missions si déplacement hors résidence administrative et familiale	Commune au sens de l'INSEE	Article 6
Recours au taxi (métropole)	Autorisé dans les cas suivants : – absence de transport en commun – transport matériel lourd ou encombrant, précieux et fragile – intérêt du service	Article 14
Recours au taxi (étranger et outre-mer)	Possible si les conditions de la mission le justifient (à l'appui d'un certificat administratif signé par l'autorité qui ordonne le déplacement)	Article 14
Utilisation du parking	Prise en charge dans la limite de 72 heures	Article 17
Recours à la voie aérienne	Possible si la durée du trajet en train est > à 4 h 30 dans la même journée ou si les conditions tarifaires le justifient	Article 7
Accès à la 1re classe en train	Possible si les conditions de la mission ou les conditions tarifaires le justifient	Article 8
Accès à la classe supérieure en avion	Possible si les conditions tarifaires le justifient ou si durée du voyage est > à 7 h 00 et la durée de la mission < à 7 jours	Article 9
Déclenchement des indemnités	Horaires inscrits sur les titres de transport + **1 heure** avant et après le départ et l'arrivée du train + **1 heure 30** avant et après le départ et l'arrivée du bateau et de l'avion	Article 21
Taux de remboursement	Taux de base : **55 €** Taux pour les grandes Villes : **70 €** Prise en charge sur la base des frais réels, **plafonnés à 80 €,** pour les missions des IGAS et des IGJS effectuées en métropole	France GRANDES VILLES = PARIS, communes des départements du 92, 93, 94 + Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nantes, Nice, Rennes, Strasbourg, Toulouse - Article 20 + Annexe
Indemnités de repas (métropole)	Indemnité forfaitaire fixée à 15,25 € si l'agent est en mission sur la totalité de la période entre 12 h 00 et 14 h 00 et 19 h 00 et 21 h 00 et si les repas ne lui ont pas été fournis gratuitement Indemnité réduite de 50 % (soit 7,63 €) si l'agent a eu la possibilité de prendre un repas dans une structure administrative	Article 22
Indemnités journalières (étranger)	**65 %:** nuitée + petit déjeuner **17,5 %:** repas du midi **17,5 %:** repas du soir	Article 24
Indemnités journalières sur plusieurs jours (étranger)	Si la mission s'étend sur deux jours ou plus , l'agent perçoit au titre de la dernière journée de mission 50 % de l'IJ si la mission est prolongée au-delà de 17 h 00	Article 25
Agent en poste à l'étranger effectuant un déplacement à l'intérieur du pays de sa résidence administrative	**100 %** du taux des indemnités journalières	Article 29 (dernier alinéa)
Avances	**100 %** pour l'étranger **75 %** en France (métropole et DOM/COM)	Article 18
Abonnements Transport	Pris en charge s'il en résulte une économie	Article 12

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Convention de délégation de gestion du 20 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et l'inspection générale des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : *AFSG1530495X*

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : l'inspection générale des affaires sociales,

Représentée par M. le chef de l'inspection générale des affaires sociales.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

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

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

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

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

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

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

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1er janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

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

Fait le 20 juillet 2015.

La directrice des finances,
des achats et des services,
V. Delahaye-Guillocheau

Le chef de l'inspection générale
des affaires sociales,
P. Boissier

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Convention de délégation de gestion du 22 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : *AFSG1530497X*

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,

Représentée par M. le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

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

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

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

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

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

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

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1er janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

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

Fait le 22 juillet 2015.

La directrice des finances,
des achats et des services,
V. Delahaye-Guillocheau

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

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : *AFSG1530541X*

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et :

Le délégataire : le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales,

Représenté par M. le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, haut fonctionnaire de défense,

D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

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

Ces trois enveloppes concernent respectivement :

– les agents du secrétariat général des ministères sociaux en tant que structure ;
– les agents relevant du haut fonctionnaire de défense ;
– les agents relevant de la délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé.

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

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

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

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

Le délégant et le délégataire s'assurent que la dépense entre bien dans les enveloppes citées à l'article 1er.

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1er janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

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

Fait le 29 juillet 2015.

La directrice des finances,
des achats et des services,
V. Delahaye-Guillocheau

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
haut fonctionnaire de défense,
P. Ricordeau

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Convention de délégation de gestion du 29 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction générale de la cohésion sociale relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : *AFSG1530542X*

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et

Le délégataire : direction générale de la cohésion sociale,

Représenté par M. le directeur général de la cohésion sociale,

D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

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

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

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

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

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

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

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1er janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

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

Fait le 29 juillet 2015.

La directrice des finances,
des achats et des services,
V. Dellahaye-Gillocheau

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

Convention de délégation de gestion du 30 juillet 2015 entre la direction des finances, des achats et des services et la direction des ressources humaines relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 «conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative»

NOR : *AFSG1530544X*

La présente convention est établie entre:

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

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

D'une part,

Et

Le délégataire: la direction des ressources humaines,

Représenté par M. le directeur des ressources humaines,

D'autre part.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit:

Article 1er

Objet de la convention

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

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

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

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

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

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

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter du 1er janvier 2015, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

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

Fait le 30 juillet 2015.

La directrice des finances,
des achats et des services,
V. Delahaye-Guillocheau

Le directeur des ressources humaines,
J. Blondel

ADMINISTRATION

SERVICES DÉCONCENTRÉS

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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 observation de la solidarité

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

Note de service DREES/BPS n° 2015-218 du 17 juin 2015 relative à la proposition d'allègement des tâches des gestionnaires des enquêtes écoles 2015 dans les DRJSCS

NOR : *AFSE1514969N*

Date d'application : immédiate.

Examinée par le Comex, le 21 juillet 2015.

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 2015, celles-ci étant éventuellement 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 (à l'attention de Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale) ; à Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale en outre-mer ; à Mesdames et Messieurs les responsables de l'observation et des statistiques ; à Mesdames et Messieurs les statisticiens régionaux de la DREES.

Le calendrier de collecte et de validation des enquêtes écoles couvre la période de novembre 2015 à mars 2016.

Les sites de collecte des enquêtes écoles ouvrent le 12 novembre 2015.

La collecte et la validation des données doivent être achevées pour le 26 février 2016, date de fermeture des sites.

En 2015, 1 325 formations sociales et 1 332 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 :

sandra.nahon@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 nouveau 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 :

sandra.nahon@sante.gouv.fr
benedicte.casteran-sacreste@sante.gouv.fr

Région : ……

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 ?

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

Quelles sont les remarques et difficultés que ce dispositif présente :

. . . . . .

Merci.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 21 juillet 2015 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

NOR : *AFSP1530501A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1417-2 et R. 1417-3 ;

Vu l'arrêté du 16 mars 2015 portant nomination au conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé au titre des personnalités qualifiées dans les domaines de compétence de l'institut :

En qualité de titulaires

M. André-Xavier Bigard, professeur de médecine.

Mme Marion Boucher-Le Bras, directrice de l'instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé de Haute-Normandie.

Mme Marie Persiani, directrice de l'instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé de Lorraine.

En qualité de suppléants

M. Gérard Guingouain, président de l'instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé de Bretagne.

M. Jean-Louis Lépée, président de l'instance régionale d'éducation et de prévention pour la santé de Basse-Normandie.

Article 2

Sont nommés membres du conseil d'administration de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé au titre de représentants des usagers et sur proposition des associations de défense des droits des personnes malades et des usagers du système de santé mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un agrément au niveau national :

En qualité de titulaires

Mme Danièle Desclerc-Dulac, Collectif interassociatif sur la santé.

M. Daniel Bideau, Union fédérale des consommateurs-Que choisir.

M. Bruno Lemaire, Union nationale des associations de parents de personnes handicapées mentales et de leurs amis.

En qualité de suppléants

Mme Fabienne Levasseur, Association des paralysés de France.

Mme Claude Rambaud, Collectif interassociatif sur la santé.

M. Hervé Gautier, Ligue nationale contre le cancer.

Mme Françoise Evrard-Brulin, Société française de la Croix Bleue.

Mme Martine Frager-Berlet, Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Article 3

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 21 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Alsace

NOR : *AFSZ1530527A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Alsace,

Arrête :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Alsace :

1° Au titre du I (2°, *a*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Jean-Marie MUNSCH, suppléant, désigné par la Confédération générale du travail-Force ouvrière, en remplacement de M. Éric FURLAN.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Auvergne

NOR : *AFSZ1530528A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Auvergne,

Arrête :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé d'Auvergne :

1. Au titre du I (2°, *b*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membre des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Éric PORTIER, suppléant, désigné par la Confédération générale des petites et moyennes entreprises.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie

NOR : *AFSZ1530529A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Basse-Normandie,

Arrête :

Article 1er

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

1. Au titre du I (2°, *a*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membre des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Bernard PIVAIN, suppléant, désigné par la Confédération française démocratique du travail, en remplacement de M. Gilles FOLIN.

2. Au titre du I (3°, *c*) de l'article D. 1432-15, représentants des collectivités territoriales : M. Michel ROCA, titulaire ; M. Jacques DALMONT, suppléant, désignés par l'Assemblée des maires de France.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse

NOR : *AFSZ1530530A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 13 avril 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse,

Arrête :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Corse :

1. Au titre du I (1°, *c*) de l'article D. 1432-15, représentant de l'État : M. Alain THIRION, préfet du département de la Haute-Corse, en remplacement de M. Alain ROUSSEAU.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Franche-Comté

NOR : *AFSZ1530531A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Franche-Comté,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Franche-Comté :

1. Au titre du I (2°, *c*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Emmanuel FAIVRE, titulaire ; Mme Lucrèce BOITEUX, suppléante, désignés par la mutualité sociale agricole.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin

NOR : *AFSZ1530532A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Guadeloupe, de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin :

1° Membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie :

a) Au titre du 2° *(a)* de l'article D. 1442-12 :

Mme Edwige CITADELLE, titulaire ; Mme Marithée MELSE, suppléante, désignées par la Confédération générale du travail-Force ouvrière.

Mme Marie-Laure SOLVAR, suppléante, désignée par la Confédération française démocratique du travail.

2° Représentants des collectivités territoriales :

a) Au titre du 3° *(b)* de l'article D. 1442-12 : Mme Maryse ETZOL, titulaire ; Mme Chantal LERUS, suppléante ; Mme Éliane GUIOUGOU, suppléante, désignées par le président du conseil départemental de la Guadeloupe.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie

NOR : *AFSZ1530533A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie,

Arrête :

Article 1er

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

1° Membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie :

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

M. Jacques DAVOUST, titulaire, désigné par la Confédération française démocratique du travail ;

M. Olivier HOCHART, titulaire, désigné par la Confédération française de l'encadrement-Confédération générale des cadres, en remplacement de M. Ladislav PAVLATA.

b) Au titre du I (2°, *c*) de l'article D. 1432-15 : M. Grégoire PETIT, titulaire ; M. Thierry LANTRAIN, suppléant, désignés par la Mutualité sociale agricole.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Lorraine

NOR : *AFSZ1530534A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

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

Arrête :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Lorraine :

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

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Martinique

NOR : *AFSZ1530535A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Arrête :

Article 1er

Est nommé membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de la Martinique :

1° Au titre du I (1°, *c*) de l'article D. 1432-15, représentant de l'État : M. Patrick BOURVEN, directeur de l'environnement, de l'aménagement et du logement, en remplacement de M. Jean-Louis VERNIER.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord - Pas-de-Calais

NOR : *AFSZ1530536A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord - Pas-de-Calais,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Nord - Pas-de-Calais :

1° Au titre du I (2°, *c*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Michel BRODEL, titulaire ; M. Jean-Pierre DERVILLE, suppléant, désignés par la Mutualité sociale agricole.

2° Personnalité qualifiée : M. Xavier VANDENDRIESSCHE.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

NOR : *AFSZ1530537A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

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

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur :

1° Au titre du I (2°, *c*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Antoine PASTORELLI, titulaire, M. Jean-Michel MAZET, suppléant, désignés par la Mutualité sociale agricole.

2° Représentants des collectivités territoriales :

Au titre du I (3°, *b*) de l'article D. 1432-15 : Mme Chantal EYMEOUD, titulaire, M. André JULLIEN, suppléant, désignés par l'Assemblée des départements de France.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 complétant l'arrêté du 12 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire

NOR : *AFSZ1530538A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé des Pays de la Loire :

1° Au titre du I (2°, *c*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : M. Jean-Marc LOIZEAU, titulaire ; M. Jean-Bertrand VIOT, suppléant, désignés par la Mutualité sociale agricole.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 modifiant l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes

NOR : *AFSZ1530539A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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

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

Vu l'arrêté du 3 mars 2015 portant nomination des membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes,

Arrête :

Article 1er

Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes :

1. Au titre du I (2°, *a*) de l'article D. 1432-15, en qualité de membres des conseils ou conseils d'administration des organismes locaux d'assurance maladie : Mme Christine BOULIN-BARDET, titulaire, M. Alain VIALLET, suppléant, désignés par la Confédération française démocratique du travail.

2. Au titre du I (4°, *a*) de l'article D. 1432-15, en qualité de représentant d'associations de patients, de personnes âgées et de personnes handicapées, désignés par le collège de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie réunissant les associations œuvrant dans les domaines de compétences de l'agence régionale de santé : M. Michel SABOURET, suppléant, en remplacement de M. Serge PELLEGRIN.

Article 2

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

Fait le 22 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 10 février 2015 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 : *AFSB1530583S*

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 24 décembre 2014 par Mme Gaëlle THIERRY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire sur la ou les cellules embryonnaires.

Vu le dossier déclaré complet le 6 janvier 2015 ;

Considérant que Mme Gaëlle THIERRY, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un master recherche en génétique, génomique, biotechnologies et d'une maîtrise en biologie-santé ; qu'elle exerce les activités de diagnostic préimplantatoire au sein du laboratoire de diagnostic préimplantatoire du centre hospitalier universitaire de Nantes depuis novembre 2013 sous la responsabilité d'un praticien agréé et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Gaëlle THIERRY est agréée au titre de l'article R. 2131-22-2 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 11 février 2015 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 : *AFSB1530584S*

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 26 janvier 2015 par Mme Evelyne JACQZ-AIGRAIN aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique.

Vu la demande d'informations complémentaires du 3 février 2015 ;

Considérant que Mme Evelyne JACQZ-AIGRAIN, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un doctorat en sciences de la vie et de la santé ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de pharmacologie pédiatrique et pharmacogénétique de l'hôpital Robert-Debré (AP-HP) depuis 1995 ; qu'elle a disposé d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire limitées à la pharmacogénétique de décembre 2008 à décembre 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Evelyne JACQZ-AIGRAIN 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 11 février 2015 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 : *AFSB1530585S*

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 28 janvier 2015 par M. Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 29 janvier 2015 ;

Considérant que M. Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et de diplômes d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine et d'hématologie biologique ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique et biologie cellulaire du centre hospitalier universitaire de Rennes (hôpital de Pontchaillou) depuis 2008 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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. Marc-Antoine BELAUD-ROTUREAU 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 11 février 2015 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 : *AFSB1530586S*

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 26 janvier 2015 par M. François PARANT 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 ;

Vu le dossier déclaré complet le 29 janvier 2015 ;

Considérant que M. François PARANT, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un master de génétique humaine en biologie humaine ; 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 1999 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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. François PARANT 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 11 février 2015 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 : *AFSB1530587S*

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 2015 par M. Franck CEPPA aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire;

Vu le dossier déclaré complet le 29 janvier 2015;

Considérant que M. Franck CEPPA, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales et d'un diplôme d'études approfondies de génétique humaine; qu'il exerce les activités de génétique au sein de la fédération de biologie médicale de l'hôpital d'instruction des armées Bégin, à Saint-Mandé, depuis 2003 et en tant que praticien agréé depuis 2010; 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 CEPPA 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 février 2015 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 : *AFSB1530588S*

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 février 2015 par Mme Claire FLAUJAC-LECOURVOISIER aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR;

Considérant que Mme Claire FLAUJAC-LECOURVOISIER, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un certificat de maîtrise de sciences biologiques et médicales de biologie et pathologie moléculaires; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie biologique de l'hôpital Cochin (AP-HP) depuis 2008 et en tant que praticien agréé depuis 2009; 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 FLAUJAC-LECOURVOISIER 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Pour la directrice générale et par délégation :
Le directeur général adjoint chargé des ressources,
E. Delas

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 13 février 2015 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 : *AFSB1530589S*

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 11 février 2015 par Mme Marie-Hélène HORELLOU aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;

Considérant que Mme Marie-Hélène HORELLOU, médecin qualifié, est notamment titulaire de certificats d'études spéciales d'hématologie et d'immunologie générale ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'hématologie biologique de l'hôpital Cochin (AP-HP) en tant que praticien agréé depuis 2002 ; 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 Marie-Hélène HORELLOU 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Pour la directrice générale et par délégation :
Le directeur général adjoint chargé des ressources,
E. Delas

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 16 février 2015 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 : *AFSB1530545S*

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 12 février 2015 par Mme Stéphanie BAERT-DESURMONT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Considérant que Mme Stéphanie BAERT-DESURMONT, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales, de certificats de biologie et pathologie moléculaires et de génétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire du centre hospitalier universitaire de Rouen 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 Stéphanie BAERT-DESURMONT 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Pour la directrice générale et par délégation :
Le directeur général adjoint chargé des ressources,
E. Delas

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 24 février 2015 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 : *AFSB1530546S*

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 12 février 2015 par Mme Michaëla FONTENAY-ROUPIE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 18 février 2015 ;

Considérant que Mme Michaëla FONTENAY-ROUPIE, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un doctorat en biologie des cellules sanguines ; qu'elle exerce les activités de diagnostic génétique au sein du service d'hématologie biologique de l'hôpital Cochin (AP-HP) depuis 1993 et en tant que praticien agréé depuis 2001 ; 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 Michaëla FONTENAY-ROUPIE 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 26 février 2015 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 : *AFSB1530547S*

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 12 février 2015 par M. Stéphane SERERO 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 en vue d'une utilisation limitée à la biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique;

Vu la demande d'informations complémentaires du 18 février 2015;

Considérant que M. Stéphane SERERO, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un certificat de maîtrise de sciences biologiques et médicales de cytogénétique, d'un certificat d'études supérieures de génétique humaine générale et d'un diplôme d'études approfondies de génétique humaine; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie médicale CBCM, à Évreux, depuis 1992 et 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. Stéphane SERERO 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 en vue d'une utilisation limitée à la 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 5 mars 2015 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 : *AFSB1530548S*

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 5 novembre 2014 par Mme Tiphaine ADAM DE BEAUMAIS aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Vu les demandes d'informations complémentaires du 20 novembre 2014 et du 26 janvier 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 20 février 2015 ;

Vu l'avis des experts en date du 15 janvier et du 3 mars 2015 ;

Considérant que Mme Tiphaine ADAM DE BEAUMAIS, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat en pharmacologie et d'un master recherche en pharmacologie clinique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de pharmacologie pédiatrique et pharmacogénétique de l'hôpital Robert-Debré (AP-HP) depuis 2006 ; qu'elle a effectué un stage au sein du service de génétique moléculaire de l'hôpital Robert-Debré (AP-HP) et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Tiphaine ADAM DE BEAUMAIS 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 mars 2015 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 : *AFSB1530549S*

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 2 février 2015 par Mme Manal DAYEM-QUERE aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer :

– les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
– les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique ;

Vu le dossier déclaré complet le 6 février 2015 ;

Vu l'avis des experts en date des 10 et 11 mars 2015 ;

Considérant que Mme Manal DAYEM-QUERE, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat en biologie cellulaire et moléculaire et d'un diplôme interuniversitaire européen de cytogénétique moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de génétique médicale du centre hospitalier universitaire de Nice (hôpital de l'Archet II) depuis 2008 ;

Considérant que la formation et l'expérience du demandeur en ce qui concerne les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, ne répondent pas aux critères définis par le conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine,

Décide :

Article 1er

Mme Manal DAYEM-QUERE 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 biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique.

L'agrément de Mme Manal DAYEM-QUERE pour la pratique des analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, en application de l'article R. 1131-7 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 mars 2015 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 : *AFSB1530550S*

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 20 janvier 2015 par Mme Jasmine CHAUZEIX 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 la demande d'informations complémentaires du 12 février 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 24 février 2015 ;

Considérant que Mme Jasmine CHAUZEIX, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, option biologie spécialisée, ainsi que d'un master recherche en génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie biologique du centre hospitalier de Limoges depuis mai 2013 ;

Considérant que la formation et l'expérience du demandeur en ce qui concerne les analyses de génétique moléculaire limitée à l'hématologie ne répondent pas aux critères définis par le conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine,

Décide :

Article 1er

Mme Jasmine CHAUZEIX 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 Jasmine CHAUZEIX pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie, en application de l'article R. 1131-7 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 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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530551S*

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 23 mars 2015 par M. Yves GRUEL aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR ;

Considérant que M. Yves GRUEL, médecin qualifié en maladies du sang, est notamment titulaire d'un certificat d'études spéciales d'hématologie, d'un diplôme de maîtrise de physiologie, d'un diplôme d'études et de recherche en hématologie ainsi que d'un diplôme d'habilitation à diriger des recherches en sciences de la vie et de la santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie-hémostase du centre hospitalier régional universitaire de Tours depuis 1997 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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. Yves GRUEL 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530552S*

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 23 mars 2015 par Mme Claire POUPLARD aux fins d'obtenir un renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR;

Considérant que Mme Claire POUPLARD, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie-hémostase du centre hospitalier régional universitaire de Tours depuis 2001 et en tant que praticien agréé depuis 2010; 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 POUPLARD 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530553S*

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 23 mars 2015 par Mme Bénédicte DELAHOUSSE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR;

Considérant que Mme Bénédicte DELAHOUSSE, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un certificat d'études spéciales d'hématologie et d'un diplôme d'études approfondies en biologie et biophysico-chimie moléculaires et cellulaires; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie-hémostase du centre hospitalier régional universitaire de Tours depuis 1997 et en tant que praticien agréé depuis 2010; 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 Bénédicte DELAHOUSSE 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530554S*

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 13 mars 2015 par M. Vincent JAUFFRET aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 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 19 mars 2015 ;

Considérant que M. Vincent JAUFFRET, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, orientation cytogénétique ; qu'il a exercé les activités de génétique au sein du service de cytogénétique et biologie cellulaire, puis du service de génétique moléculaire et génomique médicale du centre hospitalier universitaire de Rennes entre 2012 et 2014, qu'il exerce au sein du service de cytogénétique et biologie cellulaire du centre hospitalier universitaire de Rennes depuis novembre 2014 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Vincent JAUFFRET est agréé au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-1 du code de la santé publique pour pratiquer :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530555S*

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 2 mars 2015 par Mme Valerie KREMER aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer 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 4 mars 2015 ;

Considérant que Mme Valerie KREMER, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire de certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales de biologie et pathologie moléculaires et de génétique humaine et comparée, d'un master 1 santé parcours génétique ainsi que d'un master recherche en sciences de la vie et de la santé ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique des hôpitaux universitaires de Strasbourg (hôpital de Hautepierre) depuis 2009 et en tant que praticien agréé pour les analyses de cytogénétique depuis 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Valerie KREMER 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530556S*

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 2015 par M. François GHIRINGHELLI aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la pharmacogénétique ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 17 février 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 24 février 2015 ;

Considérant que M. François GHIRINGHELLI, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de médecine interne et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cancérologie ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de biologie moléculaire du centre de lutte contre le cancer Georges-François-Leclerc depuis 2009 ; qu'il a effectué un stage au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier universitaire de Dijon et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. François GHIRINGHELLI 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530557S*

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 12 mars 2015 par Mme Marie-Odile NORTH aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 19 mars 2015 ;

Considérant que Mme Marie-Odile NORTH, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'université de génétique médicale et d'une thèse de science en génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique depuis 1992 et les activités de génétique moléculaire au sein du laboratoire d'oncogénétique du groupe hospitalier Cochin-Saint Vincent de Paul (site de Cochin) depuis 2004 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Marie-Odile NORTH 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530558S*

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 12 février 2015 par Mme Julie TINAT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 18 février 2015 ;

Considérant que Mme Julie TINAT, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de génétique médicale et d'un master recherche en génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire du centre hospitalier universitaire de Rouen depuis novembre 2008 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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 Julie TINAT 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530559S*

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 18 mars 2015 par M. Sylvain BRIAULT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 25 mars 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 7 avril 2015 ;

Considérant que M. Sylvain BRIAULT, médecin qualifié en biologie médicale, est notamment titulaire d'une maîtrise de sciences biologiques et médicales en génétique, d'un diplôme d'études approfondies de génétique humaine et d'un doctorat des sciences de la vie et de la santé ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du pôle biopathologie du centre hospitalier régional d'Orléans depuis 2006 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. Sylvain BRIAULT est agréé 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.

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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 8 avril 2015 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 : *AFSB1530561S*

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 19 février 2015 par Mme Anne-Sophie WOZNY aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire;

Vu le dossier déclaré complet le 20 février 2015;

Considérant que Mme Anne-Sophie WOZNY, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, spécialité génétique moléculaire; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de biochimie et biologie moléculaire du centre hospitalier universitaire de Lyon depuis novembre 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide:

Article 1er

Mme Anne-Sophie WOZNY 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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530560S*

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 13 mars 2015 par Mme Nathalie DOUET GUILBERT aux fins d'obtenir un renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Considérant que Mme Nathalie DOUET GUILBERT, 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'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier régional universitaire de Brest en tant que praticien agréé depuis 2006 ; 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 Nathalie DOUET GUILBERT 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.

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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530562S*

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 24 décembre 2014 par Mme Erell GUILLERM aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu les demandes d'informations complémentaires des 19 janvier et 12 mars 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 23 mars 2015 ;

Considérant que Mme Erell GUILLERM, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, option biologie spécialisée, et d'un magistère européen de génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'oncogénétique et d'angiogénétique moléculaire du groupe hospitalier Pitié Salpêtrière-Charles Foix (AP-HP) depuis 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Erell GUILLERM 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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530563S*

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 avril 2015 par M. Philippe MABBOUX 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;

Considérant que M. Philippe MABBOUX, 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 biologie médicale CBCM, à Évreux, depuis novembre 2008 et en tant que praticien agréé entre 2008 et 2014 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide:

Article 1er

M. Philippe MABBOUX 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530564S*

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 avril 2015 par Mme Anne VINCENOT BLOUIN aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie ;

Considérant que Mme Anne VINCENOT BLOUIN, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales de biochimie ainsi que d'un diplôme d'études approfondies en vaisseaux-hémostase-coagulation et biologie cellulaire et moléculaire ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire d'hématologie du centre hospitalier de Meaux de 1995 à 2013 ; qu'elle exerce au sein du service d'hématologie biologique de l'hôpital Robert-Debré (AP-HP) depuis 2013 ; qu'elle dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et MTHFR depuis 2001 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Anne VINCENOT BLOUIN est agréée au titre des articles R. 1131-6 et L. 6213-1 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à l'hématologie.

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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530565S*

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 Laetitia BRONNER aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer :

– les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
– les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la biologie moléculaire appliquée à la cytogénétique ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 18 février 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 13 mars 2015 ;

Considérant que Mme Laetitia BRONNER, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme interuniversitaire d'oncogénétique et d'un master 2 recherche de génétique-immunologie-cancer ; qu'elle a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique postnatale et oncohématologie du centre hospitalier universitaire de Caen entre 2013 et 2014 ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de génétique du centre hospitalier régional de Metz-Thionville depuis décembre 2014 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Laetitia BRONNER 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 ;
– les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée à la 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530566S*

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 3 mars 2015 par M. François VIALARD 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 ;

Vu le dossier déclaré complet le 4 mars 2015 ;

Considérant que M. François VIALARD, 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 spécialisées complémentaires de biologie moléculaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye (site de Poissy) depuis 2001 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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. François VIALARD 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530567S*

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 3 mars 2015 par Mme Denise MOLINA GOMES MORTELIER aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer :

- les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;
- 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 4 mars 2015 ;

Considérant que Mme Denise MOLINA GOMES MORTELIER, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire de certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales de cytogénétique et génétique et d'un doctorat en aspects moléculaires et cellulaires de la biologie ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique du centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye (site de Poissy) depuis 2001 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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 Denise MOLINA GOMES MORTELIER est agréée 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 ;
- 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530568S*

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 Valérie SERAZIN aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire;

Vu le dossier déclaré complet le 23 février 2015;

Considérant que Mme Valérie SERAZIN, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un certificat de maîtrise des sciences biologiques et médicales de génétique et d'un doctorat des sciences de la vie et de la santé; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de biologie médicale du centre hospitalier intercommunal de Poissy - Saint-Germain-en-Laye (site de Poissy) depuis 1998 et en tant que praticien agréé depuis 2010; 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 Valérie SERAZIN 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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1530590S*

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 29 janvier 2015 par le centre hospitalier régional universitaire de Tours (hôpital Bretonneau) 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 16 avril 2015 ;

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 régional universitaire de Tours (hôpital Bretonneau) 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, de la santé et des droits des femmes.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

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

Gynécologue-obstétrique

M. Franck PERROTIN.
M. Jérôme POTIN.
Mme Christelle DENIS.
Mme Carine ARLICOT.

Échographie du fœtus

M. Emmanuel SIMON.
M. Philippe HERVE.
M. Xavier FAVRE.
Mme Catherine SEMBELY-TAVEAU.
M. Georges HADDAD.
Mme Viviane HIMILY.

Pédiatrie néonatologie

M. Elie SALIBA.
Mme Annie Laure SUC.
M. Jacques POINSOT.
M. Antoine BOUISSOU.
M. Emmanuel LOPEZ.

Génétique médicale

Mme Annick TOUTAIN.
Mme Sophie BLESSON.
Mme Nora CHELLOUG.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 17 avril 2015 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal en application des dispositions de l'article L. 2131-1 du code de la santé publique (partie législative)

NOR : *AFSB1530591S*

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 2 février 2015 par le centre hospitalier intercommunal de Créteil 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 16 avril 2015 ;

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 intercommunal de Créteil 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, de la santé et des droits des femmes.

La directrice générale,
A. Courrèges

ANNEXE

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

Gynécologie-obstétrique

M. Bassam HADDAD.
Mme Claudine TOUBOUL.
Mme Vanina CASTAIGNE.
Mme Marion LEFEBVRE.

Échographie du fœtus

M. Armand VERGNAUD.
M. Clément ZIRAH.
M. Michel LAMBERT.
M. Jean-Marc LEVAILLANT.
M. Yann LE GUERSON.
Mme Karine VASTEL AMZALLAG.

Pédiatrie néonatologie

Mme Barbara AZCONA.
M. Olivier JABY.
M. Reda KABBAJ.
M. Julien MONTORO.

Génétique médicale

M. Daniel AMRAM.

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 24 avril 2015 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 : *AFSB1530569S*

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 mars 2015 par Mme Florine OCA aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 25 mars 2015 ;

Considérant que Mme Florine OCA, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un master 1 oncologie et différenciation et d'un master 2 recherche biosignalisation cellulaire et moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie et médecine moléculaire et biochimie moléculaire du centre hospitalier universitaire d'Angers depuis 2013 ; que son expérience est attestée par un praticien agréé pour l'activité demandée et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Florine OCA 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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530570S*

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 19 mars 2015 par Mme Fabienne CLOT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 25 mars 2015 ;

Considérant que Mme Fabienne CLOT, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat en génétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du département de génétique et cytogénétique du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière (AP-HP) depuis avril 2008 et en tant que praticien agréé depuis juin 2010 ; 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 Fabienne CLOT est agréé/e 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 2015 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 : *AFSB1530571S*

Annule et remplace
la décision du 16 avril 2015 de la directrice générale

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 28 janvier 2015 par Mme Carol PRIETO-MORIN aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire;

Vu la demande d'informations complémentaires du 3 février 2015;

Vu le dossier déclaré complet le 20 février 2015;

Vu l'avis des experts en date du 9 avril 2015 et du 10 avril 2015;

Considérant que Mme Carol PRIETO-MORIN, pharmacien biologiste, dispose d'une qualification en biologie médicale de l'ordre national des pharmaciens depuis 2013; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service de génétique moléculaire vasculaire de l'hôpital Lariboisière (AP-HP) depuis 2013; qu'elle s'implique dans la démarche qualité du service de génétique neuro-vasculaire et a participé à plusieurs formations théoriques et congrès dans le domaine de la génétique humaine et des techniques de génétique moléculaire; qu'elle dispose d'une compétence attestée par un praticien agréé pour l'activité demandée et justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide:

Article 1er

Mme Carol PRIETO-MORIN 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530498S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu le plan Cancer 2009-2013 ;

Vu l'appel à candidatures intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu l'addendum à l'appel à candidatures publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu le dossier de candidature transmis à l'INCa par l'Association française d'urologie (AFU), association loi 1901 dont le siège est situé au 11, rue Viète, 75017 Paris, en qualité de mandataire de l'intergroupe coopérateur francophone en onco-urologie intitulé « ICFuro » ;

Vu l'avis du comité consultatif d'experts,

Décide :

Article 1er

Compte tenu de sa capacité jugée suffisante à accomplir les objectifs généraux et les actions prévus par l'appel à candidatures intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer », l'intergroupe coopérateur intitulé « ICFuro », constitué des membres suivants :

- Unicancer ;
- Association française d'urologie (AFU) ;
- Groupement d'étude des tumeurs uro-génitales (GETUG) ;
- Société française de radiothérapie oncologique (SFRO) ;
- Société française de pathologie (SFP) ;
- Société française de radiologie (SFR) - Société d'imagerie génito-urinaire (SIGU) ;
- Société française de biologie clinique (SFBC) ;
- Société française de médecine nucléaire (SFMN) ;
- France Cancer incidence et mortalité (FRANCIM) ;
- Centre de recherche sur les pathologies prostatiques et urologiques (CEREPP) ;
- Association pour la recherche sur les tumeurs de la prostate (ARTP) ;
- Société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) ;
- Association pour la recherche sur les tumeurs du rein (ARTuR) ;
- Société française de pharmacie clinique (SFPC),

est labellisé par l'INCa.

Article 2

La labellisation est accordée pour une durée de deux ans courant à compter de la notification de la présente décision.

Article 3

La décision de labellisation sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et diffusée sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 28 avril 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 28 avril 2015 portant labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530499S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu le plan Cancer 2009-2013 ;

Vu l'appel à candidatures intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu l'addendum à l'appel à candidatures publié sur le site Internet de l'INCa ;

Vu le dossier de candidature transmis à l'INCa par l'Association des neuro-oncologues d'expression française (ANOCEF), association loi 1901 dont le siège est situé au CHU-hôpital central, 29, avenue Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 54035 Nancy Cedex, en qualité de mandataire de l'intergroupe coopérateur de neuro-oncologie intitulé « IGCNO » ;

Vu l'avis du comité consultatif d'experts,

Décide :

Article 1er

Compte tenu de sa capacité jugée suffisante à accomplir les objectifs généraux et les actions prévus par l'appel à candidatures intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer », l'intergroupe coopérateur intitulé « IGCNO » constitué des membres suivants :

- Association des neuro-oncologues d'expression française (ANOCEF) ;
- Société française de neurochirurgie ;
- Société française de neurologie ;
- Société française de neuropathologie ;
- Groupe d'onco-hématologie de l'adolescent et de l'adulte jeune ;
- Société française du cancer de l'enfant (SFCE) ;
- Réseau de neuro-oncologie pathologique (RENOP) ;
- Réseau Tumeurs oligodendrogliales de haut grade (POLA),

est labellisé par l'INCa.

Article 2

La labellisation est accordée pour une durée de deux ans courant à compter de la notification de la présente décision.

Article 3

La décision de labellisation sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et diffusée sur le site Internet de l'INCa.

Fait le 28 avril 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence de la biomédecine

Décision du 29 avril 2015 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 : *AFSB1530572S*

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 29 avril 2015 par Mme Nathalie LE MEUR aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Considérant que Mme Nathalie LE MEUR, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique de l'établissement français du sang de Normandie, à Bois-Guillaume, depuis 2005 en tant que praticien agréé ; 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 Nathalie LE MEUR 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.

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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 avril 2015 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 : *AFSB1530573S*

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 2 avril 2015 par Mme Élisabeth MAZOYER 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 10 avril 2015 ;

Considérant que Mme Élisabeth MAZOYER, médecin qualifié en maladies du sang par l'ordre national des médecins en 2009, est notamment titulaire d'un doctorat de biologie cellulaire et moléculaire du vaisseau hémostase-coagulation ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein de l'hôpital Avicenne (Bobigny) depuis juillet 2003 et au sein du service d'hématologie biologique du groupe hospitalier Paris-Centre (site de Cochin) depuis 2012, également dans le cadre d'une coopération interhospitalière, et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Élisabeth MAZOYER 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 6 mai 2015 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 : *AFSB1530574S*

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 mai 2015 par Mme Annick ROSSI aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire ;

Considérant que Mme Annick ROSSI, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'une maîtrise en biologie humaine section génétique ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de cytogénétique de l'établissement français du sang de Normandie, à Bois-Guillaume, depuis 1987 et en tant que praticien agréé depuis 2003 ; 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 Annick ROSSI est agréée 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.

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 des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 12 mai 2015 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 : *AFSB1530575S*

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 6 mai 2015 par M. Malek LOUHA aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire;

Considérant que M. Malek LOUHA, médecin qualifié en génétique médicale, est notamment titulaire d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales et d'un diplôme d'études approfondies de biologie cellulaire et moléculaire des épithéliums digestifs; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital Armand-Trousseau (AP-HP) à Paris (12e) depuis 2010 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. Malek LOUHA 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 2015 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 : *AFSB1530576S*

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 mars 2015 par M. Christophe BUFFAT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 10 avril 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 21 avril 2015 ;

Considérant que M. Christophe BUFFAT, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie spécialisée, d'un diplôme de maîtrise de sciences biologiques et médicales et d'un doctorat ès sciences ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital de la Conception (AP-HM) depuis 2005 et en tant que praticien agréé depuis 2010 ; 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. Christophe BUFFAT 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 2015 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 : *AFSB1530577S*

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 23 avril 2015 par M. Jean-Baptiste WOILLARD 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 27 avril 2015 ;

Considérant que M. Jean-Baptiste WOILLARD, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de pharmacie hospitalière et des collectivités et d'un master recherche en pharmacologie préclinique et clinique ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de pharmacologie, toxicologie et pharmacovigilance du centre hospitalier universitaire de Limoges depuis 2010 et qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

M. Jean-Baptiste WOILLARD 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 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 mai 2015 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 : *AFSB1530578S*

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 avril 2015 par Mme Delphine BORGEL 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 la demande d'informations complémentaires du 4 mai 2015 ;

Vu le dossier déclaré complet le 19 mai 2015 ;

Considérant que Mme Delphine BORGEL, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme d'études approfondies de biologie cellulaire et moléculaire du vaisseau-hémostase-coagulation ; qu'elle exerce les activités de génétique moléculaire au sein du service d'hématologie biologique du centre hospitalier Necker-Enfants malades (AP-HP) depuis 2013 ; qu'elle a disposé d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire limitées à l'hématologie et l'étude de la coagulation de décembre 2008 à décembre 2013 et qu'elle justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

Mme Delphine BORGEL 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'hématologie et 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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 21 mai 2015 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 : *AFSB1530579S*

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 10 avril 2015 par M. Laurent VILLARD aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 30 avril 2015 ;

Considérant que M. Laurent VILLARD, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat d'université en biologie cellulaire et microbiologie et d'un diplôme d'habilitation à diriger des recherches ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique moléculaire de l'hôpital de la Timone enfants, à Marseille, depuis 1997 et en tant que praticien agréé depuis octobre 2010 ; 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. Laurent VILLARD 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* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° N 2015-20 du 2 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530510S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1222-12 ;

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

Vu l'arrêté interministériel en date du 23 mars 2012 nommant M. Bernard SABY agent comptable principal de l'EFS ;

Vu l'avis conforme de l'agent comptable principal sur la nomination de M. Pascal MOUTON agent comptable secondaire de l'établissement de transfusion sanguine Nord de France,

Décide :

Article 1er

M. Pascal MOUTON est nommé agent comptable secondaire de l'établissement de transfusion sanguine Nord de France à compter du 8 juin 2015.

M. Pascal MOUTON satisfera aux obligations de cautionnement et d'assurance afférentes à l'emploi.

Article 2

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

Fait le 2 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° N 2015-21 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530511S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1222-12 ;

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

Vu l'arrêté interministériel en date du 23 mars 2012 nommant M. Bernard SABY agent comptable principal de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1er

Il est mis fin aux fonctions d'agent comptable secondaire de l'établissement de transfusion sanguine Alsace exercées par M. Jacques ROUSSEAU à compter du 30 juin 2015.

Article 2

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

Fait le 24 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° N 2015-22 du 24 juin 2015 portant fin de fonction d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530512S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1222-12 ;

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

Vu l'arrêté interministériel en date du 23 mars 2012 nommant M. Bernard SABY agent comptable principal de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1er

Il est mis fin aux fonctions d'agent comptable secondaire de l'établissement de transfusion sanguine Auvergne-Loire exercées par Mme Chrystelle SORLIN à compter du 30 juin 2015.

Article 2

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

Fait le 24 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° N 2015-23 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530513S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1222-12 ;

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

Vu l'arrêté interministériel en date du 23 mars 2012 nommant M. Bernard SABY agent comptable principal de l'Établissement français du sang ;

Vu l'avis conforme de l'agent comptable principal sur la nomination de M. Jacques REMIGY agent comptable secondaire par intérim de l'établissement de transfusion sanguine Alsace,

Décide :

Article 1er

M. Jacques REMIGY est nommé agent comptable secondaire par intérim de l'établissement de transfusion sanguine Alsace à compter du 1er juillet 2015.

Article 2

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

Fait le 24 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° N 2015-24 du 24 juin 2015 portant nomination d'un agent comptable secondaire au sein de l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530514S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-8 et R. 1222-12 ;

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

Vu l'arrêté interministériel en date du 23 mars 2012 nommant M. Bernard SABY agent comptable principal de l'Établissement français du sang ;

Vu l'avis conforme de l'agent comptable principal sur la nomination de M. Patrick DURAND agent comptable secondaire par intérim de l'établissement de transfusion sanguine Auvergne-Loire,

Décide :

Article 1er

M. Patrick DURAND est nommé agent comptable secondaire par intérim de l'établissement de transfusion sanguine Auvergne-Loire à compter du 1er juillet 2015.

Article 2

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

Fait le 24 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2015-41 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530515S*

Le président de l'Établissement français du sang,

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

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

Vu la décision n° N 2015-05 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 nommant M. Nicolas BONDONNEAU en qualité de directeur général délégué en charge de la stratégie, des risques et des relations extérieures,

Décide:

Article 1er

Délégation est donnée à M. Nicolas BONDONNEAU, directeur général délégué en charge de la stratégie, des risques et des relations extérieures, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes suivants:

1. Pour les marchés publics, et sous réserve du respect du règlement intérieur des marchés de l'Établissement français du sang:
   - pour les marchés publics d'un montant inférieur à 134 000 € HT:
     - les notes justifiant le choix du titulaire du marché et les rapports de présentation;
     - les décisions relatives à la fin de la procédure;
     - les engagements contractuels;
     - les actes relatifs à l'exécution des marchés publics, excepté leur résiliation;
   - pour les marchés publics d'un montant égal ou supérieur à 134 000 € HT, les actes relatifs à leur exécution, excepté leur résiliation.
2. Pour les contrats et conventions autres que ceux visés sous l'article 2:
   - les contrats et conventions d'un montant inférieur à 134 000 € HT;
   - les actes préparatoires et les actes d'exécution des contrats et conventions sans limitation de montant.

Article 2

Délégation est donnée à M. Nicolas BONDONNEAU, directeur général délégué en charge de la stratégie, des risques et des relations extérieures, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang et dans la limite de ses attributions, les actes suivants:

1. Les ordres de mission pour les déplacements internationaux.
2. Les conventions de partenariat avec des tiers français, publics ou privés, sans incidence financière en recette ou en dépense et/ou n'emportant pas création d'une personne morale.
3. Les candidatures et offres de l'Établissement français du sang déposées dans le cadre d'appels d'offres internationaux.
4. Les conventions de coopération internationale avec des tiers étrangers, publics ou privés .
5. Les courriers adressés aux autorités administratives indépendantes (CNIL, CADA, défenseur des droits).
6. Les notes de services, instructions et correspondances générales pour l'exécution des missions qui lui sont confiées.

Article 3

En cas d'absence ou d'empêchement de M. François TOUJAS, président de l'Établissement français du sang, délégation est donnée à M. Nicolas BONDONNEAU, directeur général délégué en charge de la stratégie, des risques et des relations extérieures, à l'effet de signer, au nom du président et dans la limite de ses attributions, les accords de confidentialité.

Article 4

En cas d'absence ou d'empêchement de Nicolas BONDONNEAU, délégation est donnée à M. Rémi COURBIL, conseiller du directeur général délégué en charge de la stratégie, des risques et des relations extérieures, à l'effet de signer, au nom du président et dans la limite de ses attributions :

1. Les actes visés aux articles 1 et 3.
2. Ainsi que les actes visés à l'article 2, sous réserve des dispositions de l'article 5.

Article 5

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Nicolas BONDONNEAU, délégation est donnée à Mme Claire HUAULT, directrice de la stratégie et des relations internationales, à l'effet de signer, au nom du président et dans la limite de ses attributions :

1. Les candidatures et offres de l'Établissement français du sang déposées dans le cadre d'appels d'offres internationaux.
2. Les conventions de coopération internationale avec des tiers étrangers, publics ou privés.

Article 6

La décision n° DS 2015-08 du 12 janvier 2015 est abrogée.

Article 7

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 1er juillet 2015.

Fait le 30 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2015-42 du 30 juin 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530517S*

Le président de l'Établissement français du sang,

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

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

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

Décide:

Article 1er

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

1. Pour les marchés publics d'un montant inférieur à 50 000 € HT:

– les notes justifiant le choix du titulaire du marché;
– les engagements contractuels;
– les admissions et les constatations du service fait.

2. Pour les marchés publics d'un montant égal ou supérieur à 50 000 € HT:

– les ordres de service;
– les admissions et les constatations du service fait.

3. Les bons de commande portant sur les dépenses d'investissement, quel qu'en soit le montant, à l'exclusion des bons de commande afférents aux marchés publics de la direction des affaires financières.
4. En cas d'absence ou d'empêchement de M. Jacques BERTOLINO, directeur général délégué en charge du pilotage économique et financier, de M. Antoine COULONDRE, directeur des achats et des approvisionnements, et de Mme Emmanuelle POUPARD, directrice adjointe des achats et des approvisionnements, les bons de commande portant sur les dépenses de fonctionnement, à l'exclusion des bons de commande afférents aux marchés publics de la direction des affaires financières.
5. Les certifications de service fait, excepté pour les prestations dont elle aura constaté le service fait.

Article 2

La décision n° DS 2015-14 du 12 janvier 2015 est abrogée.

Article 3

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur le 1er juillet 2015.

Fait le 30 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2015-43 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530518S*

Le président de l'Établissement français du sang,

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

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

Vu la décision n° N 2010-19 du président de l'Établissement français du sang en date du 9 juin 2010 nommant M. Stéphane NOËL aux fonctions de directeur général délégué en charge de la production et des opérations ;

Vu la décision n° N 2015-07 du président de l'Établissement français du sang en date du 12 janvier 2015 nommant Mme Marie-Émilie JEHANNO aux fonctions de directrice générale déléguée en charge des ressources humaines de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1er

Mme Marie-Émilie JEHANNO, directrice générale déléguée en charge des ressources humaines de l'Établissement français du sang, reçoit délégation de signature pour signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes nécessaires à la continuité du service public de la transfusion sanguine du 3 au 16 août 2015 inclus.

Article 2

M. Stéphane NOËL, directeur général délégué en charge de la production et des opérations, reçoit délégation de signature pour signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes nécessaires à la continuité du service public de la transfusion sanguine du 17 au 31 août 2015 inclus.

Article 3

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

Fait le 7 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° DS 2015-44 du 7 juillet 2015 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530516S*

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

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

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang en date du 23 décembre 1999 nommant Mme Béatrice Meunier secrétaire générale de l'établissement français du sang Centre-Atlantique ;

Vu la décision n° N 2011-19 du président de l'Établissement français du sang en date du 22 décembre 2011 nommant M. Frédéric Dehaut directeur de l'établissement français du sang Centre-Atlantique ;

Vu, en application de l'article R. 1222-6 du code de la santé publique, la délibération n° 2000-03 du conseil d'administration en date du 7 juillet 2000 portant délégation de pouvoir au président de l'Établissement français du sang ;

Vu la lettre de mission en date du 3 juillet 2015,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à M. Frédéric Dehaut, directeur de l'établissement français du sang Centre-Atlantique, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la passation et à l'exécution du marché public national délégué de fourniture de réactifs et consommables d'immuno-hématologie érythocytaire utilisables en méthode automatisée (« Techno » et « Swing »).

Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Frédéric Dehaut, délégation est donnée à Mme Béatrice Meunier, secrétaire générale de l'établissement français du sang Centre-Atlantique, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1er.

Article 3

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

Fait le 7 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INPES

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Décision DG n° 2015-126 du 16 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

NOR : *AFSX1530487S*

Le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1417-1 et suivants et l'article R. 1417-8 ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2014 portant nomination par intérim du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à compter du 15 décembre 2014 – M. François BOURDILLON ;

Vu la délibération du conseil d'administration n° 2010-01 en date du 31 mars 2010 modifiée portant sur la réorganisation de l'INPES,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Mme Stéphanie BROUSSOLLE, chef du département des achats et des affaires juridiques au sein de la direction des ressources internes, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'ensemble des bons de commande d'un montant inférieur à 5 000 € HT.

Article 2

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

Fait le 16 juillet 2015.

Le directeur général de l'INPES,
F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INPES
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Décision DG n° 2015-129 du 20 juillet 2015 portant délégation de signature au sein de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

NOR : *AFSX1530543S*

Le directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1417-1 et suivants et R. 1417-8 ;

Vu la délibération du conseil d'administration n° 2010-01 en date du 31 mars 2010 modifiée portant sur la réorganisation de l'INPES ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2014 portant nomination par intérim du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) à compter du 15 décembre 2014 - M. François BOURDILLON,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Mme Isabelle DUPRAT, chef du département budget et analyse de la performance, au sein de la direction des ressources internes, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, l'ensemble des mandats et titres de recettes d'un montant inférieur à 5 000 € HT et les bordereaux correspondants.

Article 2

La présente décision prendra effet à compter du 24 août 2015.

Article 3

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

Fait le 20 juillet 2015.

Le directeur général de l'INPES,
F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530505S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu l'appel à candidatures initial intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » conduit par l'INCa en 2012 ;

Vu la décision de l'INCa en date du 28 novembre 2012 portant labellisation de l'intergroupe coopérateur ARCAGY-GINECO ;

Vu la procédure de renouvellement de la labellisation des intergroupes coopérateurs (IGC) publiée sur le site Internet de l'INCa en janvier 2015 ;

Vu le dossier transmis à l'INCa par l'Association de recherche sur les cancers dont gynécologiques (ARCAGY), association loi 1901 dont le siège social se trouve à l'hôpital Hôtel-Dieu, 1, place du Parvis-Notre-Dame, place Jean-Paul-II, 75004 Paris, en qualité de mandataire de l'intergroupe Association de recherche sur les cancers dont gynécologiques-Groupe d'investigateurs nationaux pour l'étude des cancers ovariens et du sein intitulé ARCAGY-GINECO ;

Vu l'évaluation du pôle de recherche et innovation de l'INCa,

Décide :

Article 1er

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de labellisation initiale, l'intergroupe coopérateur intitulé ARCAGY-GINECO, constitué des membres suivants :

– l'intergroupe Association de recherche sur les cancers dont gynécologiques (ARCAGY) ;

– Groupe d'investigateurs nationaux pour l'étude des cancers ovariens et du sein (GINECO),

bénéficie d'un renouvellement de labellisation par l'INCa.

Article 2

La labellisation est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2016.

Article 3

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

Fait le 21 juillet 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530506S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu l'appel à candidatures initial intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » conduit par l'INCa en 2012 ;

Vu la décision de l'INCa en date du 28 novembre 2012 portant labellisation de l'intergroupe coopérateur FFCD-GERCOR ;

Vu la procédure de renouvellement de la labellisation des intergroupes coopérateurs (IGC) publiée sur le site Internet de l'INCa en janvier 2015 ;

Vu le dossier transmis à l'INCa par la Fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD), association loi 1901 dont le siège est situé à la faculté de médecine, 7, boulevard Jeanne-d'Arc, BP 87900, 21079 Dijon Cedex, en qualité de mandataire de l'intergroupe Fédération francophone de cancérologie digestive - Groupe coopérateur multidisciplinaire en oncologie intitulé FFCD-GERCOR ;

Vu l'évaluation du pôle de recherche et innovation de l'INCa,

Décide :

Article 1er

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de labellisation initiale, l'intergroupe coopérateur intitulé FFCD-GERCOR, constitué des membres suivants :

– Fédération francophone de cancérologie digestive (FFCD) ;
– Groupe coopérateur multidisciplinaire en oncologie (GERCOR),

bénéficie d'un renouvellement de labellisation par l'INCa.

Article 2

La labellisation est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2016.

Article 3

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

Fait le 21 juillet 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530507S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu l'appel à candidatures initial intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » conduit par l'INCa en 2012 ;

Vu la décision de l'INCa en date du 28 novembre 2012 portant labellisation de l'intergroupe coopérateur GORTEC-GETTEC-GERCOR ;

Vu la procédure de renouvellement de la labellisation des intergroupes coopérateurs (IGC) publiée sur le site Internet de l'INCa en janvier 2015 ;

Vu le dossier transmis à l'INCa par le Groupe d'oncologie radiothérapie tête et cou (GORTEC), association loi 1901 dont le siège est situé à l'hôpital Bretonneau - CORAD, 2, boulevard Tonnelé, 37044 Tours Cedex 09, en qualité de mandataire de l'intergroupe ORL intitulé GORTEC-GETTEC-GERCOR ;

Vu l'évaluation du pôle de recherche et innovation de l'INCa,

Décide :

Article 1er

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de labellisation initiale, l'intergroupe coopérateur intitulé GORTEC-GETTEC-GERCOR, constitué des membres suivants :

– Groupe d'oncologie radiothérapie tête et cou (GORTEC) ;
– Groupe d'étude des tumeurs de la tête et du cou ;
– Groupe coopérateur multidisciplinaire en oncologie,

bénéficie d'un renouvellement de labellisation par l'INCa.

Article 2

La labellisation est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2016.

Article 3

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

Fait le 21 juillet 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530508S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu l'appel à candidatures initial intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » conduit par l'INCa en 2012 ;

Vu la décision de l'INCa en date du 28 novembre 2012 portant labellisation de l'intergroupe coopérateur Intergroupe francophone de cancérologie thoracique (IFCT) ;

Vu la procédure de renouvellement de la labellisation des intergroupes coopérateurs (IGC) publiée sur le site Internet de l'INCa en janvier 2015 ;

Vu le dossier transmis à l'INCa par l'Intergroupe francophone de chirurgie thoracique (IFCT), association loi 1901 dont le siège est situé 10, rue de la Grange-Batelière, 75009 Paris ;

Vu l'évaluation du pôle de recherche et innovation de l'INCa,

Décide :

Article 1er

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de labellisation initiale, l'intergroupe coopérateur intitulé « Intergroupe francophone de chirurgie thoracique (IFCT) » bénéficie d'un renouvellement de labellisation par l'INCa.

Article 2

La labellisation est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2016.

Article 3

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

Fait le 21 juillet 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

INCa
Institut national du cancer

Décision de l'Institut national du cancer en date du 21 juillet 2015 portant renouvellement de labellisation d'un intergroupe coopérateur

NOR : *AFSX1530509S*

La présidente de l'Institut national du cancer,

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

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

Vu l'appel à candidatures initial intitulé « Labellisation d'intergroupes coopérateurs français de dimension internationale dans le domaine du cancer » conduit par l'INCa en 2012 ;

Vu la décision de l'INCa en date du 28 novembre 2012 portant labellisation de l'intergroupe coopérateur Intergroupe francophone du myelome (IFM) ;

Vu la procédure de renouvellement de la labellisation des intergroupes coopérateurs (IGC) publiée sur le site Internet de l'INCa en janvier 2015 ;

Vu le dossier transmis à l'INCa par l'Intergroupe francophone du myélome (IFM), association loi 1901 dont le siège se trouve chez Dr Mathiot, 8, rue de Parme, 75009 Paris ;

Vu l'évaluation du pôle de recherche et innovation de l'INCa,

Décide :

Article 1er

Compte tenu du niveau de réalisation des missions jugé satisfaisant à l'issue de la période de labellisation initiale, l'intergroupe coopérateur intitulé « Intergroupe francophone du myélome (IFM) » bénéficie d'un renouvellement de labellisation par l'INCa.

Article 2

La labellisation est renouvelée pour une durée courant à compter de la notification de la présente décision et expirant le 31 décembre 2016.

Article 3

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

Fait le 21 juillet 2015, en deux exemplaires.

La présidente,
A. Buzyn

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

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

Décision DG n° 2015-241 du 27 juillet 2015 portant habilitation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

NOR : *AFSM1530521S*

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

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

Vu la décision DG n° 99-79 du 24 novembre 1999 modifiée portant désignation d'un inspecteur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé;

Vu la décision DG n° 2007-235 du 3 septembre 2007 portant désignation d'inspecteur de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé;

Vu la décision DG n° 2007-299 du 23 octobre 2007 portant désignation d'inspecteurs de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé;

Vu la décision DG n° 2013-392 du 24 octobre 2013 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. Laurent BAUVAL, pharmacien inspecteur de santé publique, à compter du 3 septembre 2015.

Mme Rochanak MIRFENDERESKI, pharmacien inspecteur de santé publique, à compter du 23 octobre 2015.

Mme Manuela BOUTILLIER, ingénieur contractuel, à compter du 24 octobre 2015.

M. Christophe PINCHAUX, pharmacien contractuel, à compter du 4 novembre 2015.

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, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 27 juillet 2015.

Le directeur général adjoint,
F. Hebert

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS
Établissement français du sang

Décision n° 2015-25 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien délégué à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530612S*

Le président de l'Établissement français du sang,

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

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

Décide :

Article 1er

M. Stéphan ROUX est désigné en qualité de pharmacien délégué de l'Établissement français du sang Bourgogne - Franche-Comté site, de Besançon.

Article 2

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

Fait le 29 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Organisation

EFS
Établissement français du sang

Décision n° 2015-26 du 29 juillet 2015 portant nomination d'un pharmacien adjoint à l'Établissement français du sang

NOR : *AFSK1530613S*

Le président de l'Établissement français du sang,

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

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

Décide :

Article 1er

Mme Hélène BROCHOT DECHET est désignée en qualité de pharmacien adjoint de l'Établissement français du sang Pyrénées-Méditerranée, site de Toulouse.

Article 2

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

Fait le 29 juillet 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG
Centre national de gestion

Délibération n° 2015-06 du 25 juin 2015 adoptant un avenant au contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion (2014-2016)

NOR : *AFSN1530615X*

Le conseil d'administration,

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

Vu l'avis du comité technique d'établissement en date du 19 juin 2015 ;

Vu le rapport d'exécution présenté par la directrice générale du Centre national de gestion,

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1er

L'avenant au contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion pour les années 2014-2016, annexé à la présente délibération, est adopté.

Article 2

La directrice générale du CNG est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, à l'issue du délai d'un mois prévu au troisième alinéa de l'article 13 du décret susvisé du 4 mai 2007.

Délibéré le 25 juin 2015.

Pour extrait certifié conforme,

Le président du conseil d'administration,
P. Georges

AVENANT 2015 AU CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE PERFORMANCE 2014-2016 ENTRE L'ÉTAT ET LE CENTRE NATIONAL DE GESTION (CNG)

Article 1er

Objet de l'avenant

Le présent avenant a pour objet la transcription contractuelle des décisions de la réunion du comité de suivi et d'évaluation, relative à la revue annuelle pour l'année 2014, du contrat d'objectifs et de performance 2014-2016 (COP) signé le 15 mai 2014 entre l'État et le Centre national de gestion.

Article 2

Modifications de l'annexe 1 du contrat d'objectifs et de performance

L'annexe 1 relative aux orientations stratégiques du contrat d'objectifs et de performance est modifiée comme suit :

Orientation stratégique 1 : promouvoir la modernisation de la gestion des ressources humaines et la dynamisation des parcours professionnels.

Action 1.2.2 : suivre les chefferies de pôle

Le tableau initial inscrit pour l'action 1.2.2 :

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Évolution du système d'information de gestion des PH (SIGMED) pour pouvoir intégrer les données relatives aux chefferies de pôle	2014
Expérimentation du recueil d'informations sur les chefferies de pôle en mobilisant les ARS (via ARS pilotes à définir)	2015
Premier bilan statistique relatif aux chefferies de pôle (en particulier répartition hommes/femmes)	2016

Est remplacé par le tableau ci-dessous :

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Production des premiers éléments statistiques à partir des données recueillies auprès des six établissements expérimentateurs, dont le suivi des chefferies de pôle.	Fin 2015
Généralisation du suivi auprès des établissements publics de santé, en fonction de l'extension de LOGIMED, compte tenu de l'évaluation de l'expérimentation.	À compter de 2016
Production des éléments statistiques des données recueillies après généralisation de l'application LOGIMED	À compter de 2016

Orientation stratégique 3 : promouvoir et piloter un système d'information global, ouvert, efficient et sécurisé.

Action 3.1.1 : élaborer le SDSI avec une AMOA

Le tableau initial inscrit pour l'action 3.1.1 :

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Lancement de la prestation d'AMOA	Mars 2014
Présentation au CA de l'état des lieux et engagement de la démarche SDSI	À partir du CA d'octobre 2014

Est remplacé par le tableau suivant :

ACTIONS		DÉLAIS DE RÉALISATION
État des lieux des SI	Élaboration d'une cartographie des systèmes d'information, présentant l'état des lieux et les perspectives, précisant pour chaque application les interfaces existantes ou à construire avec les systèmes d'information des partenaires ainsi que les points de risque.	Décembre 2015
Urbanisation des SI : (marché)	Élaboration d'un cahier des charges pour passation d'un marché d'AMOA relatif au schéma directeur des systèmes d'information.	Juin 2016 : Passation du marché
Mise en œuvre du calendrier de déploiement du schéma directeur du système d'information.		À compter de décembre 2016

Action 3.1.2 : initier la mise en œuvre du SDSI

Le tableau inscrit pour l'action 3.1.2 :

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Pour les directeurs	
Lancement du projet « nouveau SI pour les directeurs » (futur Gidhes)	2015
Lancement projet Infocentre « Directeurs » (recueil des données du futur Gidhes)	2016
Pour les praticiens titulaires	
Lancement du nouveau SI pour les PH et HU (futur Sigmed)	2016
Conduite projet infocentre PH et HU (recueil de données extraits de Sigmed et SIGHU actuels)	2015
Pour les personnels du CNG	
Mise en place d'une charte informatique	2014
Autres missions	
Lancement d'un appel d'offres relatif à la politique de sécurisation du système d'information (infrastructures et logiciels) et mise en œuvre	2014-2015

Est modifié comme suit pour le volet praticiens hospitaliers (inversion 2015 et 2016, par cohérence)

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Pour les praticiens titulaires	
Conduite projet infocentre PH et HU (recueil de données extraits de Sigmed et SIGHU actuels)	2015
Lancement du nouveau SI pour les PH et HU (futur Sigmed)	2016

Et complété par l'ajout des deux actions suivantes :

Expérimentation de l'application « LOGIMED » destinée à suivre les emplois et effectifs de praticiens.

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Développement et expérimentation de l'application LOGIMED en partenariat avec l'ARS et la FHF Rhône-Alpes ainsi que six établissements de la région.	Fin 2014
Finalisation de l'application.	Fin du 3e trimestre 2015
Évaluation de l'expérimentation : examen du bilan et étude de faisabilité d'une extension au plan national, dans le cadre d'un comité consultatif regroupant notamment l'ATIH, l'ANSSI, l'ASIP et l'ANAP.	Décembre 2015
Extension de l'application LOGIMED.	À compter de 2016

Suivre les présidents de CME.

ACTIONS	DÉLAIS DE RÉALISATION
Pour les présidents de CME « suivre les présidents de CME »	2015

Article 3

Modifications de l'annexe 3 du contrat d'objectifs et de performance

L'annexe 3 concernant les indicateurs de suivi du contrat d'objectifs et de performance est modifiée comme suit :

Action 4.1.4 : poursuivre les démarches d'optimisation des achats

L'indicateur 23 est modifié comme suit :

INTITULÉ DE L'INDICATEUR	MÉTHODE DE CALCUL	CIBLE 2016	CIBLE 2017
Taux de dépenses réalisées par l'intermédiaire de l'UGAP dans le cadre des offres accessibles aux opérateurs de l'État : informatique et consommables, mobilier et équipement général, services, mobilité (véhicules, carburants, assurance).	Rapport entre les dépenses incluses dans le périmètre réalisées avec l'UGAP et celles réalisées hors UGAP.	80 %	100 %

Action 4.2.2 : développer des actions éco-responsables

L'indicateur 25 est modifié comme suit :

INTITULÉ DE L'INDICATEUR	MÉTHODE DE CALCUL	CIBLE 2016
Nombre d'actions éco-responsables mises en œuvre	Taux de réalisation au regard du plan d'actions « éco-responsabilité » mis en place au CNG	Évolution 2016-2015

Action 1.1.1 : identifier les potentiels et les hauts potentiels

Un indicateur 2 *bis* est ajouté :

INTITULÉ DE L'INDICATEUR	MÉTHODE DE CALCUL	CIBLE 2016
Taux de femmes identifiées comme appartenant aux catégories « potentiel » ou « haut potentiel ».	Taux de femmes/total des catégories « potentiel » ou « haut potentiel ».	Évolution 2016-2015

Article 4

Entrée en vigueur de l'avenant au contrat d'objectifs et de performance

Le présent avenant prendra effet à la date de signature.

Fait à Paris, le 6 août 2015.

Le directeur général
de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

La directrice générale
du Centre national de gestion,
D. Toupillier

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG
Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels
de direction de la fonction publique hospitalière

Délibération n° 2015-08 du 25 juin 2015 modifiant le cadre de référence par métiers des personnels du Centre national de gestion

NOR : *AFSN1530616X*

Le conseil d'administration du Centre national de gestion,

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

Vu le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'État, pris pour l'application de l'article 7 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° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, et notamment ses articles 8 (3°), 13, 15 et 21;

Vu le décret n° 2008-370 du 18 avril 2008 organisant les conditions d'exercice des fonctions, en position d'activité, dans les administrations de l'État;

Vu la délibération n° 2007-10 du 13 décembre 2007 modifiée portant protocole des conditions de recrutement et d'emploi des personnels du Centre national de gestion;

Vu la délibération n° 2010-02 du 17 mars 2010 modifiée relative à la mise en place du cadre de référence par métiers des personnels du Centre national de gestion;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du CNG en date du 19 juin 2015;

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

Après en avoir délibéré,

Décide:

Article 1er

I. – Le I du cadre de référence par métiers approuvé par la délibération n° 2010-02 du 17 mars 2010 susvisée est modifié ainsi qu'il suit:

1° Au I.3 « Catégorie 3 », le mot: « – webmestre » est supprimé;

2° Au I.2 « Catégorie 2 », après les mots: « – responsable de communication (niveau 2-2) », sont insérés les mots: « – chef de projet web (niveau 2-2) ».

II. – L'annexe 1 du cadre de référence par métiers susvisé, afférente au classement des familles de métiers en catégories et niveaux, est modifiée ainsi qu'il suit:

1° Dans la rubrique catégorie 3, le mot: « webmestre » est supprimé;

2° Dans la rubrique catégorie 2, niveau 2, après les mots: « – responsable de communication (niveau 2-2) », sont insérés les mots: « – chef de projet web (niveau 2-2) ».

III. – L'annexe 2, afférente aux rémunérations brutes (hors prime de fonctions et de résultats) des différentes catégories de métiers relevant du cadre de référence par métiers, est modifiée ainsi qu'il suit:

1° Dans la grille de rémunération afférente aux emplois de la catégorie 3, le mot : « webmestre » est supprimé.

2° Dans la grille de rémunération afférente aux emplois de niveau 2 de la catégorie 2, après les mots: « – responsable de communication (niveau 2-2) », sont insérés les mots: « – chef de projet web (niveau 2-2) ».

IV. – L'annexe 3, afférente au tableau relatif à la part liée aux fonctions et à la cotation des emplois de même catégorie, est modifiée ainsi qu'il suit :

1° Dans le tableau relatif à la part liée aux fonctions et à la cotation des emplois afférents aux emplois de la catégorie 3, le mot : « webmestre » est supprimé ;

2° Dans le tableau relatif à la part liée aux fonctions et à la cotation des emplois afférents aux emplois de niveau 2 de la catégorie 2, après les mots : « – responsable de communication (niveau 2-2) », sont insérés les mots : « – chef de projet web (niveau 2-2) » et le niveau de cotation est fixé à « 3,4 » correspondant à un montant de « 850 € » ;

3° Dans le tableau relatif à la part liée aux fonctions et à la cotation des emplois afférents aux emplois de catégorie 3, un astérisque est introduit après les mots : « gestionnaire comptable et budgétaire (niveau 3) » afin de préciser en note de bas de page que la cotation « peut être élargie de 4,5 à 5 pour un gestionnaire comptable et budgétaire si celui-ci exerce la responsabilité de fondé de pouvoir de l'agent comptable ».

Article 2

La directrice générale du CNG est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité à l'issue du délai d'un mois prévu au troisième alinéa de l'article 13 du décret susvisé du 4 mai 2007.

Délibéré le 25 juin 2015.

Pour extrait certifié conforme,

Le président du conseil d'administration,
P. Georges

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG
Centre national de gestion

Délibération n° 2015-09 du 25 juin 2015 modifiant la délibération n° 2007-07 du 13 décembre 2007 prise pour l'application au Centre national de gestion du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006

NOR : *AFSN1530617X*

Le conseil d'administration du Centre national de gestion,

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

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, notamment ses articles 8 (3°), 13 et 15;

Vu l'arrêté du 15 avril 2015 pris pour l'application du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 et portant politique du voyage des personnels civils du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, du ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social et du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports;

Vu la délibération n° 2007-08 du 13 décembre 2007 modifiée prise pour l'application au CNG du décret n° 2006-781 du 6 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du 19 juin 2015;

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

Après en avoir délibéré,

Décide:

Article 1er

La délibération n° 2007-08 du 13 décembre 2007 susvisée est modifiée ainsi qu'il suit:

1° Au premier alinéa de l'article 1er de la délibération du 13 décembre 2007 modifiée, les mots: « du 25 juillet 2012 » sont remplacés par les mots: « du 15 avril 2015 ».

2° L'article 1er-1 est ainsi rédigé:

« *Article 1er-1.* – En application des dispositions du dernier alinéa de l'article 7 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 susvisé et jusqu'au 31 décembre 2017:

1° Par dérogation aux taux définis au troisième alinéa de l'article 20 de l'arrêté du 15 avril 2015 susvisé et sur décision du directeur général, les frais de nuitées engagés par les agents du CNG à l'occasion de déplacements effectués dans le cadre de l'organisation de concours ou examens gérés par le Centre national de gestion sont pris en charge sur la base d'un taux unitaire plafonné à 90 €, dans la limite de la somme effectivement engagée.

2° Les frais de nuitées engagés par les conseillers généraux des établissements de santé sont pris en charge dans les conditions définies à l'avant-dernier alinéa l'article visé au 1°. »

Article 2

La directrice générale du Centre national de gestion est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité à l'issue du délai d'un mois prévu au troisième alinéa de l'article 13 du décret du 4 mai 2007 susvisé.

Délibéré le 25 juin 2015.

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

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

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

Délibération n° 2015-07-01 du 7 juillet 2015 portant modification de la composition des commissions des aides, des finances, du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *AFSX1530491X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64;

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

Vu l'arrêté du 28 mars 2013 modifié portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2013-04-01 du 19 avril 2013 portant composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2013-04-02 du 19 avril 2013 portant composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2013-04-03 du 19 avril 2013 portant composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2013-07-07 du 4 juillet 2013 portant modification de la composition de la commission des aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2013-12-15 du 11 décembre 2013 portant modification de la composition de la commission des aides du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2014-7-9 du 3 juillet 2014 portant modification de la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2014-7-10 du 3 juillet 2014 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2014-7-12 du 3 juillet 2014 portant modification de la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2014-12-2 du 18 décembre 2014 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2014-12-8 du 18 décembre 2014 portant modification de la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu le règlement intérieur du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique adopté le 7 novembre 2006 modifié, et notamment son article 1er;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. De modifier la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique comme suit :

Sont nommés membres de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique :

Au titre des représentants des employeurs de la fonction publique de l'État

M. Grégoire JOURDAN.

2. De modifier la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique comme suit :

Sont nommés membres de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique :

Au titre des représentants des employeurs de la fonction publique territoriale

Mme Muriel GIBERT.

3. De modifier la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique comme suit :

Sont nommés membres de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique :

Au titre des représentants des employeurs de la fonction publique de l'État

Mme Catherine DE GROOF.

M. Grégoire JOURDAN.

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

Délibération n° 2015-07-01 du 7 juillet 2015 portant modification de la composition des commissions des aides, des finances, du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
Nombre de présents au moment de la délibération : 17. Votants : 19 dont 2 pouvoirs. Abstentions : 0. Nombre de voix « Pour » : 19. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 7 juillet 2015.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
J.-C. WATIEZ

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

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

Délibération n° 2015-07-02 du 7 juillet 2015 portant sur les frais de mission

NOR : *AFSX1530492X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64;

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

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

Vu la délibération n° 2011-03-02 du 31 mars 2011 portant sur les frais de mission;

Vu la délibération n° 2014-03-2 du 13 mars 2014 portant sur les frais de mission;

Après en avoir délibéré,

Décide:

1. Pour les membres du comité national qui ne sont pas en situation de handicap, au sens du 2 de la délibération n° 2014-03-2 du 13 mars 2014, le montant maximum de remboursement par nuitée est celui applicable aux personnels civils de l'État exerçant dans les ministères économiques et financiers.

2. Ce nouveau barème de remboursement s'applique pour les demandes de remboursement présentées à compter du 1er juillet 2015.

3. L'application de ces règles ne saurait conduire à rembourser une somme supérieure à celle effectivement engagée. Sauf cas de force majeure justifiant sa révision, ces montants sont applicables pendant une période de trois ans.

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

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

Délibération n° 2015-07-02 du 7 juillet 2015 portant sur les frais de mission
Nombre de présents au moment de la délibération: 17. Votants: 19 dont 2 pouvoirs. Abstentions: 0. Nombre de voix « Pour »: 19. Nombre de voix « Contre »: 0. La délibération est adoptée.

Fait le 7 juillet 2015.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
J.-C. Watiez

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

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

Délibération n° 2015-07-03 du 7 juillet 2015 portant approbation du rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014

NOR : *AFSX1530493X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu le dernier alinéa du I de l'article L. 323-8-6-1 du code du travail ;

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

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

Vu le projet de rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014, transmis aux membres du comité national ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Le rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014 est approuvé.

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la diffusion et de la mise en œuvre de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2015-07-03 du 7 juillet 2015 portant approbation du rapport annuel du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'année 2014
Nombre de présents au moment de la délibération : 17. Ne prennent pas part au vote : 4. Votants : 15 dont 2 pouvoirs. Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 14. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 7 juillet 2015.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
J.-C. Watiez

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

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

Délibération n° 2015-07-04 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par les ministères chargés des affaires sociales à destination des personnes en situation de handicap

NOR : *AFSX1530494X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

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

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2007-05-06 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la dénomination des financements dont peuvent bénéficier les employeurs publics au titre de l'article 3 du décret visé ;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif ;

Vu la délibération n° 2014-12-01 du comité national du 18 décembre 2014 portant sur le budget du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2015 ;

Vu le projet présenté par les ministères chargés des affaires sociales ;

Vu le projet de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif à passer entre les ministères chargés des affaires sociales et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. De financer, pour un montant de 3 101 385 €, sous réserve de la disponibilité des fonds, les actions menées par les ministères chargés des affaires sociales dans le cadre de son programme, conformément au projet visé de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif.

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

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

Délibération n° 2015-07-04 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par les ministères chargés des affaires sociales à destination des personnes en situation de handicap
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 19 dont 4 pouvoirs. Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 18. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 7 juillet 2015.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
J.-C. Watiez

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

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

Délibération n° 2015-07-05 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie à destination des personnes en situation de handicap

NOR : *AFSX1530490X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64;

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

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Vu la délibération n° 2007-05-06 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la dénomination des financements dont peuvent bénéficier les employeurs publics au titre de l'article 3 du décret visé;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif;

Vu la délibération n° 2014-12-01 du comité national du 18 décembre 2014 portant sur le budget du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2015;

Vu le projet présenté par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie;

Vu le projet de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif à passer entre le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique;

Après en avoir délibéré,

Décide:

1. De financer, pour un montant de 3 712 616 €, sous réserve de la disponibilité des fonds, les actions menées par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie dans le cadre de son programme, conformément au projet visé de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif.

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

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

Délibération n° 2015-07-05 du 7 juillet 2015 portant sur la convention relative au financement d'actions menées par le ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie à destination des personnes en situation de handicap.
Nombre de présents au moment de la délibération : 14. Votants : 19 dont 5 pouvoirs. Abstentions : 0. Nombre de voix « Pour » : 19. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 7 juillet 2015.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
J.-C. Watiez

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 : *AFSX1530525X*

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

Direction déléguée des opérations.

Direction régionale du service médical du Centre-Ouest.

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

Direction régionale du service médical de La Réunion.

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

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

DIRECTION DES ASSURÉS (DAS)

DÉPARTEMENT DES PATHOLOGIES LOURDES (DPL)

M. Pierre BERGMAN

Décision du 20 avril 2015

La délégation de signature accordée à M. Pierre BERGMAN par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS (DOS)

DÉPARTEMENT DE L'HOSPITALISATION (DHOSPI)

Mme Annie FOUARD

Décision du 1er février 2015

Délégation de signature est accordée à à Mme Annie FOUARD, responsable du département de l'hospitalisation, DDGOS/DOS, pour signer :

- la correspondance courante émanant du département de l'hospitalisation, à l'exclusion :
  - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires ;
  - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général, la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ou le directeur de l'offre de soins ;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant :
  - le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles pour ce qui concerne les dotations hospitalières, et toute autre opération relevant de ses attributions allant jusqu'à 5 M€ ;

- le Fonds national de l'assurance maladie allant jusqu'à 5 M€;
- le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, allant jusqu'à 5 M€;
- les opérations de trésorerie de la gestion assurance maladie et les opérations de trésorerie de la gestion accidents du travail et maladies professionnelles pour les dotations hospitalières, et toute autre opération relevant de ses attributions, allant jusqu'à 5 M€.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

En cas d'absence ou d'empêchement de la responsable du département de l'hospitalisation

Mme Florence LALARDRIE

Décision du 15 mars 2015

En cas d'absence ou d'empêchement de la responsable du département de l'hospitalisation, délégation de signature est accordée à Mme Florence LALARDRIE, adjointe à la responsable du département de l'hospitalisation, DDGOS/DOS, pour signer:

- la correspondance courante émanant du département de l'hospitalisation, à l'exclusion:
  - des circulaires, lettres réseau, enquêtes/questionnaires;
  - des lettres qui, par nature, doivent être signées par le directeur général, la directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins ou le directeur de l'offre de soins;
- les états de frais et pièces justificatives correspondant aux déplacements des membres des instances pour lesquels des accords d'indemnisation existent;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant:
  - le Fonds national des accidents du travail et des maladies professionnelles pour ce qui concerne les dotations hospitalières, et toute autre opération relevant de ses attributions allant jusqu'à 5 M€;
  - le Fonds national de l'assurance maladie allant jusqu'à 5 M€;
  - le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, allant jusqu'à 5 M€;
  - les opérations de trésorerie de la gestion assurance maladie et les opérations de trésorerie de la gestion accidents du travail et maladies professionnelles pour les dotations hospitalières, et toute autre opération relevant de ses attributions, allant jusqu'à 5 M€.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DÉLÉGUÉE DES OPÉRATIONS (DDO)

DIRECTION DES MAÎTRISES D'OUVRAGE MÉTIER (DMOA)

Mme Cécile ALOMAR

Décision du 27 juillet 2015

La délégation de signature accordée à Mme Cécile ALOMAR par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR, directrice des maîtrises d'ouvrage métier, DDO, pour signer:

- la correspondance courante de la direction des maîtrises d'ouvrage métier;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires relevant de la direction des maîtrises d'ouvrage métier;
- les bons de commande issus des marchés publics passés par la direction des maîtrises d'ouvrage métier;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

En matière de marchés publics, et dans le cadre des opérations intéressant sa direction, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 350 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux relatives aux systèmes de production dont la direction déléguée aux opérations est le maître d'ouvrage, ainsi que celles dont la maîtrise d'ouvrage a été confiée au directeur des finances et de la comptabilité de la CNAMTS.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour signer :

- la correspondance courante de la direction déléguée aux opérations ;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires émanant de cette direction ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la direction déléguée aux opérations est maître d'ouvrage ;
- les courriers de suspension des délibérations des conseils et des décisions prises par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de traitement informatique, dans le cadre de l'article 53 de la loi du 13 août 2004 ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée ;
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement des commissions de contentieux de la sécurité sociale ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, engagements, dégagements et ordres de reversement, bordereaux et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables concernant :
  - le Fonds national de gestion ;
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail, à l'exception du budget d'intervention ;
  - le Fonds national de l'action sanitaire et sociale, pour les comptes autres que SM 65515 et SM 265217 ;
- les notifications de dotations de fonctionnement et les avances en capital accordées aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux échelons régionaux du contrôle médical, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitement informatique, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour :

- approuver, dans la limite du budget exécutoire du Fonds national de gestion et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus entre chaque organisme et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitement informatique et des unions régionales des caisses d'assurance maladie, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;
- approuver les budgets des organismes communs à plusieurs branches (unions et fédérations) dans la mesure où la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés contribue majoritairement au financement de l'organisme commun ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par la convention d'objectifs et de gestion :
  - pour le budget du FNG :

– les dépenses de personnel ;
– les autres dépenses de fonctionnement ;
– les dépenses d'investissement immobilier et autres objets ;
– les dépenses d'investissement informatique.

En matière de budget d'intervention (ASS), et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de Mme Véronique RENAUDIE-WYLLIE, responsable du département des fonds nationaux, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour :

– approuver, dans la limite du budget exécutoire du Fonds national d'action sanitaire et sociale et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;
– approuver les budgets primitifs et rectificatifs ainsi que toute modification adoptée par les conseils des organismes gestionnaires des œuvres gérées par les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;
– effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants du budget du FNASS pour lesquels il existe un principe de fongibilité :
  – section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale ;
– signer les conventions de financement des associations nationales à caractère sanitaire et social relatives aux subventions de fonctionnement, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– signer les conventions de financement de projets d'études et de recherches, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général sur proposition du conseil scientifique placé près la CNAMTS.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour signer :

– la notification aux organismes des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération immobilière relative à un relogement de siège d'organisme, une acquisition de terrain, une acquisition d'immeuble, une VEFA, un crédit-bail, un échange d'immeuble, une réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes des autorisations de programme des opérations immobilières de construction d'immeuble, d'acquisition de terrain, d'acquisition d'immeuble, de VEFA, de crédit-bail, d'échange, de réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant inférieur ou égal à 700 000 €, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier ;
– la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble dont le prix de cession est inférieur ou égal à 700 000 € ;
– la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;

– la notification aux organismes des décisions de prise à bail lorsque le prix du loyer annuel principal est inférieur ou égal à 250 000 €;

– la notification aux organismes des décisions de désignation des maîtres d'œuvre et autres intervenants relative aux opérations immobilières;

– la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants:

a) Dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense;

b) Dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés;

c) Dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par des nouvelles réglementations techniques et de sécurité, pour la totalité de la dépense;

d) Dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD – branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc.), dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés;

e) Modifications de programme, dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés;

f) Travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés;

g) Dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants, dans la limite de 10 % du marché ou du contrat:

– la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques *b, d, e, f* et *g* du paragraphe précédent;

– la notification aux organismes des ouvertures de crédit relatives aux opérations immobilières autorisées et dans la limite des autorisations de programme qui leur ont été attribuées.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour signer:

– la notification aux organismes autres que les UGECAM:

  – des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération mobilière ou immobilière relative à une acquisition de terrain, un relogement de siège, la reconversion ou la délocalisation d'un établissement de soins ou médico-social, une réhabilitation lourde, l'acquisition d'équipements lourds, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général;

  – des ouvertures d'autorisations de programme correspondantes, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration, d'un montant supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration, d'un montant inférieur ou égal à 700 000 €, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 €, après visa favorable préalable du directeur général;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de vente d'immeuble dont le prix de cession est inférieur ou égal à 700 000 €;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :

a) Dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense ;

b) Dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés ;

c) Dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par des nouvelles réglementations techniques et de sécurité, pour la totalité de la dépense ;

d) Dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD – branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc.), dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

e) Modifications de programme, dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

f) Travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés ;

g) Dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants, dans la limite de 10 % du marché ou du contrat ;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques *b, d, e, f* et *g* du paragraphe précédent.

En matière de marchés publics, dans le cadre des opérations intéressant la direction déléguée aux opérations et en l'absence ou l'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, et de Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Cécile ALOMAR pour signer :

– les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC ;
– les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 350 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant la direction du réseau administratif et de la contractualisation ;
– les bons de commande issus des marchés passés par la direction déléguée.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DES RÉSEAUX (DRHR)

Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD

Décision du 27 juillet 2015

La délégation de signature accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD par décision du 17 novembre 2014 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD, directrice des ressources humaines des réseaux, DDO/DRHR, pour signer :

– la correspondance courante émanant de la direction des ressources humaines des réseaux ;
– les lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
– les courriers relatifs à la délivrance des autorisations provisoires et des agréments des agents chargés du contrôle de l'application des législations visées à l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale ;
– les notifications des décisions du directeur concernant tous actes de gestion (recrutement, avancements, congés sans solde, etc.) concernant les praticiens conseils ;
– la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

En matière de marchés publics et dans le cadre des opérations intéressant sa direction, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour signer :

- les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC ;
- les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 350 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant sa direction.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour signer :

- la correspondance courante de la direction déléguée aux opérations ;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires émanant de cette direction ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la direction déléguée aux opérations est maître d'ouvrage ;
- les courriers de suspension des délibérations des conseils et des décisions prises par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de traitement informatique, dans le cadre de l'article 53 de la loi du 13 août 2004 ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée ;
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement des commissions de contentieux de la sécurité sociale ;
- les ordres de dépenses, titres de recettes, engagements, dégagements et ordres de reversement, bordereaux et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toutes pièces comptables concernant :
  - le Fonds national de gestion ;
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail, à l'exception du budget d'intervention ;
  - le Fonds national de l'action sanitaire et sociale, pour les comptes autres que SM 65515 et SM 265217 ;
- les notifications de dotations de fonctionnement et les avances en capital accordées aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, à la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux échelons régionaux du contrôle médical, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitement informatique, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour :

- approuver, dans la limite du budget exécutoire du Fonds national de gestion et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus entre chaque organisme et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitement informatique et des unions régionales des caisses d'assurance maladie, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;
- approuver les budgets des organismes communs à plusieurs branches (unions et fédérations) dans la mesure où la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés contribue majoritairement au financement de l'organisme commun ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par la convention d'objectifs et de gestion :
  - pour le budget du FNG :
    - les dépenses de personnel ;
    - les autres dépenses de fonctionnement ;
    - les dépenses d'investissement immobilier et autres objets ;
    - les dépenses d'investissement informatique.

En matière de budget d'intervention (ASS) et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, de Mme Véronique RENAUDIE-WYLLIE, responsable du département des fonds nationaux, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour :

- approuver, dans la limite du budget exécutoire du Fonds national d'action sanitaire et sociale et dans le respect des contrats pluriannuels de gestion conclus avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, de la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et des caisses générales de sécurité sociale, ainsi que toute modification budgétaire adoptée par les conseils de ces organismes ;
- approuver les budgets primitifs et rectificatifs ainsi que toute modification adoptée par les conseils des organismes gestionnaires des œuvres gérées par les caisses primaires d'assurance maladie, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail, et la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses suivants du budget du FNASS pour lesquels il existe un principe de fongibilité :
  - section de fonctionnement relative à l'action sanitaire et sociale ;
- signer les conventions de financement des associations nationales à caractère sanitaire et social relatives aux subventions de fonctionnement, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- signer les conventions de financement de projets d'études et de recherches, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général sur proposition du conseil scientifique placé près la CNAMTS.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour signer :

- la notification aux organismes des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération immobilière relative à un relogement de siège d'organisme, une acquisition de terrain, une acquisition d'immeuble, une VEFA, un crédit-bail, un échange d'immeuble, une réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme des opérations immobilières de construction d'immeuble, d'acquisition de terrain, d'acquisition d'immeuble, de VEFA, de crédit-bail, d'échange, de réhabilitation lourde, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration d'un montant inférieur ou égal à 700 000 €, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble dont le prix de cession est inférieur ou égal à 700 000 € ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail lorsque le prix du loyer annuel principal est inférieur ou égal à 250 000 € ;
- la notification aux organismes des décisions de désignation des maîtres d'œuvre et autres intervenants relative aux opérations immobilières ;

– la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :

a) Dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense ;

b) Dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés ;

c) Dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par des nouvelles réglementations techniques et de sécurité, pour la totalité de la dépense ;

d) Dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD – branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc.), dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

e) Modifications de programme, dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

f) Travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés ;

g) Dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants, dans la limite de 10 % du marché ou du contrat ;

– la notification aux organismes des autorisations de programme complémentaires, après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques *b, d, e, f* et *g* du paragraphe précédent;
– la notification aux organismes des ouvertures de crédit relatives aux opérations immobilières autorisées et dans la limite des autorisations de programme qui leur ont été attribuées.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention et en cas d'absence ou d'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour signer :

– la notification aux organismes autres que les UGECAM :
  – des décisions de principe portant sur l'opportunité d'une opération mobilière ou immobilière relative à une acquisition de terrain, un relogement de siège, la reconversion ou la délocalisation d'un établissement de soins ou médico-social, une réhabilitation lourde, l'acquisition d'équipements lourds, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
  – des ouvertures d'autorisations de programme correspondantes, qui ont reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration, d'un montant supérieur à 700 000 €, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
– la notification aux organismes autres que les UGECAM des ouvertures d'autorisations de programme relatives aux travaux de réhabilitation, de rénovation, d'aménagement, de mise en sécurité et en conformité, de réadaptation, de restructuration, d'un montant inférieur ou égal à 700 000 €, après information du directeur général dans le cadre du plan annuel immobilier ;
– la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dont le prix est supérieur à 700 000 €, après visa favorable préalable du directeur général ;
– la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de vente d'immeuble dont le prix de cession est inférieur ou égal à 700 000 € ;
– la notification aux organismes autres que les UGECAM des autorisations de programme complémentaires lorsque la nature et le pourcentage des dépassements sont les suivants :

a) Dépassements résultant de la hausse légale des prix, pour la totalité de la dépense ;

b) Dépassements constatés au résultat de l'appel d'offres entre le montant des offres retenues et celui de l'estimation des travaux, dans la limite de 10 % du montant des travaux précédemment autorisés ;

c) Dépassements relatifs à l'exécution de fondations spéciales et prestations supplémentaires exigées par des nouvelles réglementations techniques et de sécurité, pour la totalité de la dépense ;

d) Dépassements relatifs aux imprévus de chantier (VRD – branchements divers, mesures de sécurité, abords, etc.), dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

e) Modifications de programme, dans la limite de 5 % du montant des travaux autorisés ;

f) Travaux modificatifs et imprévus concernant les aménagements d'immeubles, dans la limite de 15 % du montant des travaux autorisés;

g) Dépassements liés à des contentieux avec les entreprises ou différents intervenants, dans la limite de 10 % du marché ou du contrat;

– la notification aux organismes autres que les UGECAM des autorisations de programme complémentaires après visa favorable préalable du directeur général, lorsque les pourcentages des dépassements sont supérieurs à ceux indiqués dans les rubriques *b, d, e, f* et *g* du paragraphe précédent.

En matière de marchés publics, dans le cadre des opérations intéressant la direction déléguée aux opérations et en l'absence ou l'empêchement de M. Éric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations, de M. Pierre PEIX, directeur du réseau administratif et de la contractualisation, et de M. David XARDEL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Laurence GAUTIER-PASCAUD pour signer:

– les accords-cadres et les marchés de travaux, fournitures, maintenances et services courants dont le montant est inférieur ou égal à 5 M€ TTC;
– les autres accords-cadres et marchés dont le montant est inférieur ou égal à 350 000 € TTC, à l'exception des accords-cadres et des marchés de prestations d'organisation et d'audit concernant la direction du réseau administratif et de la contractualisation;
– les bons de commande issus des marchés passés par la direction déléguée.

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DU CENTRE-OUEST (DRSM)

M. le docteur Yannick LE GRAND

Décision du 7 juillet 2015

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

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL D'ÎLE-DE-FRANCE (DRSM)

M. le docteur Vincent SCIORTINO

Décision du 7 juillet 2015

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

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

Signé: Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE LA RÉUNION (DRSM)

Mme le docteur Sophie RUGGIERI-PIGNON

Décision du 7 juillet 2015

Délégation est donnée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI-PIGNON, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de La Réunion, pour signer, au nom du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, tous actes ou décisions concer-

nant les engagements d'actions en justice en matière de contestation des ordonnances prononcées par les tribunaux du contentieux de l'incapacité enjoignant à ses services la communication de pièces médicales dans le cadre des recours employeurs.

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

Signé : Nicolas REVEL, directeur général.

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 8 juillet 2015 relatif à l'admission des étudiants de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles dans les instituts de pédicurie-podologie français et à la délivrance d'une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue en France (*JO*RF n° 0157 du 9 juillet 2015)

NOR : *AFSH1516554A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article D. 4322-11 ;

Vu le décret n° 91-1008 du 2 octobre 1991 modifié relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue ;

Vu l'arrêté du 24 mars 2010 fixant les modalités d'organisation de l'épreuve d'aptitude et du stage d'adaptation pour l'exercice en France des professions de conseiller en génétique, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale et diététicien par des ressortissants des États membres de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

Vu l'arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue ;

Vu le décret n° 2012-848 du 2 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue ;

Vu l'arrêté du 5 juillet 2012 relatif au diplôme d'État de pédicure-podologue ;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales en date du 29 juin 2015 ;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes en date du 2 juillet 2015,

Arrête :

Art. 1er. – Les instituts de formation en pédicurie-podologie peuvent accueillir, à partir de la rentrée 2015, les étudiants en cours de formation à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles.

Le nombre total d'étudiants admis dans un institut de formation en application du précédent alinéa au cours d'une année donnée s'ajoute au nombre de places de première, deuxième ou troisième année attribué à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 10 % de ce nombre.

Art. 2. – La date de la rentrée intervient au plus tard à la fin de la deuxième semaine de septembre.

Art. 3. – Les étudiants de première année à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles en 2014-2015 sont admis en deuxième année en institut de formation en pédicurie-podologie en septembre 2015, sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves de niveau suivantes :

1° Une épreuve écrite de trois heures portant sur l'ensemble du programme de première année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé ;

2° Une épreuve pratique de mise en situation professionnelle en soins d'une heure et quinze minutes portant sur l'ensemble du programme de première année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé.

Pour être admis en institut de formation en pédicurie-podologie, les étudiants doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à chacune de ces épreuves de niveau. Dans le cas contraire, ils sont admis en première année de formation en septembre 2015.

Art. 4. – Les étudiants de deuxième année à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles en 2014-2015 sont admis en troisième année en institut de formation en pédicurie-podologie en septembre 2015, sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves de niveau suivantes :

1° Une épreuve écrite de trois heures portant sur l'ensemble du programme de première et deuxième année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé ;

2° Une épreuve pratique de mise en situation professionnelle en soins d'une heure et quinze minutes portant sur l'ensemble du programme de première et deuxième année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé.

Pour être admis en institut de formation en pédicurie-podologie, les étudiants doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à chacune de ces épreuves de niveau. Dans le cas contraire, ils sont admis en deuxième année de formation en septembre 2015.

Art. 5. – Les étudiants de troisième année à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles en 2014-2015 obtiennent une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves de niveau suivantes :

1° Une épreuve écrite de trois heures portant sur l'ensemble du programme de première, deuxième et troisième année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé ;

2° Une épreuve pratique de mise en situation professionnelle en soins, d'une heure et quinze minutes portant sur l'ensemble du programme de première, deuxième et troisième année fixé par l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé ;

3° Une épreuve de technique imposée d'orthèse plantaire de deux heures à partir d'une empreinte podographique.

Pour obtenir une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue, les étudiants doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à chacune des épreuves de niveau. Dans le cas contraire, ils sont admis en troisième année de formation en septembre 2015.

Art. 6. – I. – Les titulaires du diplôme de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles obtiennent une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue sous réserve d'avoir satisfait aux épreuves de niveau suivantes :

1° Une épreuve écrite de trois heures portant sur l'ensemble du programme de formation des trois années fixé par l'arrêté du 2 octobre 1991 relatif aux études préparatoires et aux épreuves du diplôme d'État de pédicure-podologue ;

2° Une épreuve pratique de mise en situation professionnelle en soins, d'une heure et quinze minutes portant sur l'ensemble du programme de formation des trois années fixé par l'arrêté du 2 octobre 1991 précité ;

3° Une épreuve de technique imposée d'orthèse plantaire de deux heures à partir d'une empreinte podographique.

II. – Pour obtenir une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue, les titulaires du diplôme de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles doivent obtenir une note au moins égale à 10 sur 20 à chacune des épreuves de niveau.

Dans le cas contraire, ils choisissent entre :

1° Etre admis en troisième année de formation en institut de formation en pédicurie-podologie en septembre 2015 ; ou

2° Effectuer un stage de six semaines comprenant deux semaines dans un service de dermatologie, deux semaines dans un service de diabétologie et deux semaines dans un service de rhumatologie. A l'issue de ce stage, ils remettent au jury d'évaluation mentionné à l'article 12 un rapport de stage accompagné de l'évaluation établie par le maître de stage annexée au présent arrêté.

Un modèle de rapport de stage figure en annexe de l'arrêté du 24 mars 2010 susvisé.

Pour obtenir une équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue, les candidats doivent valider les dix compétences mentionnées à l'annexe II de l'arrêté du 5 juillet 2012 susvisé, à l'exception de la compétence 8 « gérer une structure et ses ressources ».

En cas de non-validation des compétences en stage, ils sont admis à redoubler en troisième année en septembre 2016.

Art. 7. – Pour se présenter aux épreuves pratiques de mise en situation professionnelle en soins prévues aux articles 3 à 6, les candidats sont tenus d'être accompagnés d'un patient de leur choix présentant une pathologie pédicurale réelle.

Les candidats mentionnés à l'alinéa précédent justifient qu'ils sont à jour de leurs vaccinations relatives au BCG, au DT Polio et à l'hépatite B ; ils présentent au plus tard le jour de l'épreuve pratique un certificat médical attestant de la validité de ces vaccins.

Pour la vaccination relative à l'hépatite B, les étudiants peuvent présenter un certificat médical attestant d'une vaccination en cours et précisant la date de la première injection.

Art. 8. – Pour se présenter aux épreuves de niveau, les candidats adressent au ministère chargé de la santé un dossier d'inscription comportant :

1° Une fiche d'inscription datée et signée;
2° Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité;
3° Un relevé de notes de la dernière année d'études suivie;
4° Un curriculum vitae;
5° Une lettre de motivation;
6° Une attestation d'assurance en responsabilité civile;
7° Une attestation d'assurance en responsabilité civile professionnelle couvrant les interventions des étudiants auprès de patients au cours des épreuves pratiques et durant la formation.

Art. 9. – Les dates et lieux des épreuves de niveau sont fixés par convocation adressée aux étudiants concernés au plus tard huit jours avant le début des épreuves.

Art. 10. – I. – Un jury d'évaluation des épreuves écrites, désigné par le directeur général de l'offre de soins est mis en place. Il est présidé par un représentant de la direction générale de l'offre de soins et composé de quatre formateurs en pédicurie-podologie dont au moins un représentant de l'ordre des pédicures-podologues, d'un représentant des agences régionales de santé et d'un représentant des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale.

II. – Au moins quatre jurys, composés de deux évaluateurs chacun, désignés par le directeur général de l'offre de soins, évaluent les candidats lors des épreuves pratiques.

Art. 11. – Pour les étudiants en première et deuxième année à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles en 2014-2015, un jury final, désigné par le directeur général de l'offre de soins, est mis en place. Il est présidé par un représentant de la direction générale de l'offre de soins et se compose d'un représentant des agences régionales de santé, d'un représentant des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et d'au moins deux formateurs en pédicurie-podologie.

Ce jury final valide les épreuves, arrête le classement des étudiants et procède à leur affectation.

Art. 12. – Pour les étudiants en troisième année à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles en 2014-2015 et les titulaires du diplôme de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles, un jury final spécifique est mis en place sous la responsabilité de la direction générale de l'offre de soins qui le préside.

Il valide les épreuves et, le cas échéant, la validation des compétences en stage et se prononce sur la délivrance de l'équivalence au diplôme donnant le droit d'exercer la profession de pédicure-podologue.

Il comprend:

1° Un représentant des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale;
2° Un représentant de la direction générale de l'offre de soins;
3° Un représentant des agences régionales de santé;
4° Un représentant de l'ordre national des pédicures-podologues;
5° Un médecin;
6° Deux pédicures-podologues.

Art. 13. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables:

1° Aux étudiants de première, deuxième et troisième année en cours de formation en juin 2015 à l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles;
2° Aux étudiants de l'École européenne de podologie pluridisciplinaire de Bruxelles ayant obtenu leur diplôme en 2012, 2013 et 2014.

Art. 14. – Le directeur général de l'offre de soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 8 juillet 2015

Pour la ministre et par délégation :
Par empêchement du directeur général de l'offre de soins :
La sous-directrice des ressources humaines
du système de santé par intérim,
M. Lenoir-Salfati

ANNEXE

Feuille d'évaluation du stage

ATTENTION, LA COMPÉTENCE N08 N'EST PAS À ÉVALUER

(A remplir par l'étudiant avant l'arrivée en stage)

Dates et points clés de mon cursus de formation suivi en amont du stage :

UE suivies :

Points forts acquis en formation :

Points à approfondir :

Mes objectifs de stage :

Mon parcours : acquisition des compétences

A remplir par l'étudiant et le tuteur de stage

COMPÉTENCE 1 : Analyser et évaluer une situation et élaborer un diagnostic dans le domaine de la pédicurie-podologie									
1 – Pertinence et exhaustivité des données recueillies et sélectionnées au regard de la situation de la personne ou du groupe	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Modalités d'entretien, d'observation, d'examen, de tests, mesures et épreuves conformes aux bonnes pratiques et adaptées à la situation*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Justesse des données observées et mesurées*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*4 - Justesse dans l'identification des risques*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*5 – Pertinence et complétude du diagnostic posé*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé

COMPÉTENCE 2 : Concevoir, conduire et évaluer un projet thérapeutique en pédicurie-podologie									
1 – Pertinence du contenu du projet et du programme d'intervention	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Recherche de la participation et de l'adhésion du patient et prise en compte de ses réactions*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Rigueur et cohérence dans l'organisation de ses propres activités d'intervention en podologie*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*4 – Qualité de l'évaluation continue du projet d'intervention*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*5 – Pertinence des réactions en situation d'urgence*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé

COMPÉTENCE 3 : Mettre en œuvre des activités thérapeutiques dans le domaine de la pédicurie-podologie									
1 – Cohérence et pertinence des modalités de mise en œuvre des techniques podologiques	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Respect du projet thérapeutique et/ou de la prescription*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 - Conformité des modalités d'utilisation du plateau technique*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*4- Cohérence et pertinence des modalités de conception et de réalisation des activités thérapeutiques*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*5 - Qualité de la surveillance et du suivi*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé

6 –Identification des risques et des mesures de prévention et pertinence des mesures prises	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*7 – Rigueur et complétude de la traçabilité des soins*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé						

COMPÉTENCE 4 : Concevoir et conduire une démarche de conseil, d'éducation, de prévention en pédicurie podologie et en santé publique

1 – Pertinence, exhaustivité et justesse des données recueillies et sélectionnées sur les besoins, les demandes et les situations sociales ou professionnelles	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Cohérence et pertinence du contenu du projet de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 –Pertinence des modalités de mise en œuvre des activités de conseil, d'éducation, de prévention et dépistage*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*4 – Qualité des résultats obtenus*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*5 – Qualité de l'évaluation continue de la démarche mises en œuvre*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé

COMPÉTENCE 5 : Communiquer et conduire une relation dans un contexte d'intervention

1 – Pertinence de l'analyse de la situation relationnelle	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 - Mise en œuvre d'une communication adaptée avec les personnes soignées et leur entourage*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Effectivité de la recherche de l'adhésion du patient*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé				

COMPÉTENCE 6 : Evaluer et améliorer sa pratique professionnelle

1 – 1 - Analyse pertinente de l'application des règles : *de traçabilité, d'hygiène liées aux circuits d'entrée, de sortie, des matériels et dispositifs médicaux*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 - Pertinence et qualité d'une démarche d'analyse critique d'une situation de travail*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé					

COMPÉTENCE 7 : Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques									
1 - Pertinence des données recherchées au regard d'une problématique posée	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 - Pertinence de l'interprétation des résultats de l'investigation*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Pertinence des outils et du vocabulaire professionnel et scientifique utilisés*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé				

COMPÉTENCE 8 non évaluée : Gérer une structure et ses ressources									
1 – Respect des règles dans la gestion d'un budget	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Qualité du suivi de la fonctionnalité et de la conformité des équipements, matériels et locaux*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Respect des règles de gestion du personnel*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*4 – Respect des règles de gestion administrative*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé		

COMPÉTENCE 9 : Coopérer avec d'autres professionnels									
1 - Identification et prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 – Pertinence des modalités de mise en œuvre d'activités d'organisation et de coordination*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé						

COMPÉTENCE 10 : Informer et former des professionnels et des personnes en formation									
1 –Qualité de la mise en œuvre d'une démarche d'accueil	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*2 - Qualité de la transmission de savoirs à un stagiaire*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé	*3 – Qualité d'une présentation orale*	❒ non pratiqué ❒ non acquis ❒ acquis ❒ maîtrisé				

BILAN DU STAGE

(A remplir par le tuteur à la fin du stage au cours de l'entretien avec l'étudiant)

Ce bilan comporte des éléments de synthèse sur l'acquisition des éléments de compétence, ainsi que des éléments du comportement en stage : ponctualité, politesse, tenue, implication, respect des consignes, etc.

Nom et prénom de l'étudiant : **signature :**

Dates : du **au**

Commentaires du tuteur sur le stage :

- **Points positifs :**

- **Axes d'amélioration :**

- **Nom et prénom du tuteur :**
  N° téléphone :

signature :

Tampon et/ou adresse de l'établissement :

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 10 juillet 2015 portant nomination d'un assesseur suppléant à la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens

NOR : *AFSS1530485A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R. 145-10 et R. 145-12;

Vu la proposition du 19 juin 2015 du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre conjointement du régime général de sécurité sociale, de la Mutualité sociale agricole et du Régime social des indépendants,

Arrête:

Article 1er

Est nommée assesseur suppléant à la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens, représentant les organismes d'assurance maladie: Mme Claudine DIF, en remplacement de Mme Anne THOMASSET.

Article 2

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, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 10 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service, adjoint
au directeur de la sécurité sociale,
F. Godineau

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 20 juillet 2015 portant nomination des membres du jury du concours d'internat de médecine à titre étranger pour l'année universitaire 2015-2016

NOR : *AFSN1530488A*

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

Vu le code de l'éducation, et notamment les articles R. 632-56 à R. 632-65 fixant les conditions d'accès aux formations spécialisées du troisième cycle des études médicales pour les médecins étrangers autres que les ressortissants d'États appartenant aux Communautés européennes ou de la Principauté d'Andorre ;

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

Vu l'arrêté du 19 juillet 2001 portant organisation du concours d'internat en médecine à titre étranger ;

Vu l'arrêté du 24 décembre 2014 portant ouverture au titre de l'année universitaire 2015-2016 du concours d'internat en médecine à titre étranger pour les médecins autres que les ressortissants des États membres de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse,

Arrête :

Article 1er

Les personnes dont les noms suivent sont nommées, après tirage au sort, membres du jury du concours de l'internat de médecine à titre étranger au titre de l'année universitaire 2015-2016 dans les conditions suivantes :

En qualité de membres titulaires

Discipline : spécialités médicales

Pr Bertholier-Bellin (Marie-France).
Pr Boccara (Franck).
Pr Villard (Jean-François).

Discipline : spécialités chirurgicales

Pr Assaker (Richard).
Pr Hamy (Antoine).
Pr Rat (Patrick).

Discipline : médecine du travail

Pr De Gaudemaris (Régis).
Pr Guillon (François), président.
Pr Lasfargues (Gérard).

En qualité de membres suppléants

Discipline : spécialités médicales

Pr Avierinos (Jean-François).
Pr Brillet (Pierre-Yves).
Pr Grateau (Gilles).

Discipline : spécialités chirurgicales

Pr Benoist (Stéphane).
Pr Kalamarides (Michel).
Pr Sebag (Frédéric).

Discipline : médecine du travail

Pr Bergeret (Alain).
Pr Choudat (Dominique).
Pr Dewitte (Jean-Dominique).

Article 2

Le chef du département concours, autorisation d'exercice, mobilité-développement professionnel est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 20 juillet 2015.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice générale adjointe,
M.-C. Châtenay-Rivauday-Marel

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 23 juillet 2015 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé

NOR : *AFSS1530504A*

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 Confédération des syndicats médicaux français, organisation syndicale représentative des médecins généralistes et spécialistes;

Vu la proposition de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes, organisation syndicale représentative des sages-femmes;

Vu la proposition de la Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, organisation syndicale représentative des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs,

Arrête:

Article 1er

Est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes, M. Patrick GASSER, en remplacement de M. Jean-François REY.

Est nommé membre suppléant de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes, M. Luc SULIMOVIC, en remplacement de M. Patrick GASSER.

Article 2

Est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des sages-femmes, Mme Laurence GUILLAUME, en remplacement de Mme Christelle GERBER MONTAIGU.

Est nommé membre suppléant de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des sages-femmes, Mme Caroline RAQUIN, en remplacement de Mme Laurence GUILLAUME.

Article 3

Est nommé membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, M. Sébastien GUERARD, en remplacement de M. Maurice RAMIN.

Sont nommés membres suppléants de l'Union nationale des professionnels de santé, pour la période du mandat restant à accomplir, au titre des organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs, M. Fabrice HENNION, en remplacement de Mme Corinne FRICHE, et M. Laurent ROUSSEAU, en remplacement de M. Sébastien GUERARD.

Article 4

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 23 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute (*JO*RF n° 0204 du 4 septembre 2015)

NOR : *AFSH1516238A*

Publics concernés : *étudiants et instituts de formation en masso-kinésithérapie, universités, directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, agences régionales de santé.*

Objet : *réforme du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.*

Entrée en vigueur : *les nouvelles règles s'appliquent aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2015.*

Notice : *le présent arrêté fixe le nouveau programme d'études conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et en précise les modalités. Il définit précisément :*

– les dispositions générales d'accès à la formation ;

– les dispenses de scolarité dont certains candidats peuvent bénéficier ;

– la durée et le contenu du programme de formation ainsi que les modalités de certification ;

– les référentiels d'activités, de compétences et de formation ;

– les unités d'enseignement (UE) à valider conduisant au diplôme.

Références : *les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (http://www.legifrance.gouv.fr).*

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

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de l'éducation ;

Vu le code du sport ;

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

Vu l'arrêté du 23 décembre 1987 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'État d'ergothérapeute, de laborantin d'analyses médicales, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien ;

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

Vu l'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

Vu l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formation préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire d'analyses biomédicales, cadre de santé et aux agréments de leur directeur ;

Vu l'arrêté du 26 août 2010 relatif aux dispenses d'épreuves accordées aux sportifs de haut niveau pour l'admission dans les instituts de formation en masso-kinésithérapie, en pédicurie-podologie, en ergothérapie et en psychomotricité ;

Vu l'arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 relatif à l'année spécifique aux études en masso-kinésithérapie pour personne en situation de handicap d'origine visuelle;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2012 modifiant l'arrêté du 27 avril 2012 relatif à l'admission dans les écoles préparant aux diplômes d'ergothérapeute, de technicien de laboratoire médical, de manipulateur d'électroradiologie médicale, de masseur-kinésithérapeute, de pédicure-podologue et de psychomotricien;

Vu l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute;

Vu l'avis du Haut Conseil des professions paramédicales du 29 juin 2015;

Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche du 7 juillet 2015;

Vu l'avis du Conseil national d'évaluation des normes du 23 juillet 2015,

Arrêtent:

Art. 1er. – Dans le cadre de l'intégration de la formation des masseurs-kinésithérapeutes au processus licence, master, doctorat, les instituts de formation en masso-kinésithérapie passent une convention avec une université disposant d'une composante santé et le conseil régional. Cette convention détermine les modalités de participation et les responsabilités des trois signataires.

Les instituts de formation s'engagent dans une démarche d'auto-évaluation du dispositif de la formation.

La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute fait l'objet d'une évaluation périodique par l'autorité indépendante en charge de l'évaluation auprès du ministère de l'enseignement supérieur.

TITRE Ier

FORMATION ET CERTIFICATION

Art. 2. – La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dure quatre années. Elle est précédée d'une année universitaire validée conformément aux dispositions du décret n° 2015-1110 du 2 septembre 2015 susvisé.

Les modalités d'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

Art. 3. – Les dates de la rentrée sont fixées par le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie après avis du conseil pédagogique. Celles-ci interviennent au plus tard à la fin de la deuxième semaine de septembre.

L'inscription administrative à l'institut de formation en masso-kinésithérapie et à l'université avec laquelle il a conventionné est annuelle. Les frais d'inscription et les prestations ouvertes aux étudiants sont fixés par la convention mentionnée à l'article 1er.

L'inscription pédagogique est automatique pour l'ensemble des unités d'enseignement de l'année lorsque l'étudiant s'inscrit administrativement pour une année complète de formation.

Le nombre d'inscriptions administratives est limité à deux pour chaque année et à huit sur l'ensemble du parcours de formation. Le directeur de l'institut peut octroyer une ou plusieurs inscriptions supplémentaires après avis du conseil pédagogique.

Art. 4. – La répartition des périodes d'enseignement et de stage en deux cycles est fixée par le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie après avis du conseil pédagogique, conformément au référentiel de formation figurant en annexe IV du présent arrêté.

Art. 5. – Les référentiels d'activités et de compétences sont définis aux annexes I et II du présent arrêté.

La maquette de formation est définie en annexe III. Le référentiel de formation intégrant les unités d'enseignement et le portfolio sont précisés par les annexes IV et V.

Art. 6. – La présence lors des travaux dirigés et des périodes de stages est obligatoire. La présence à certains enseignements en cours magistral peut être également obligatoire en fonction du projet pédagogique de l'institut.

Art. 7. – Les terrains de stage sont agréés annuellement par le directeur de l'institut de formation après avis du conseil pédagogique. Ces terrains de stage sont situés, en France ou à l'étranger, dans toutes structures susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Ces terrains peuvent notamment être situés dans des structures hospitalières, médico-sociales, de réseau, publiques ou privées, en cabinets libéraux, dans des structures associatives, éducatives, sportives.

Une indemnité de stage est versée aux étudiants pendant la durée des stages réalisés au cours de leur formation. Le montant de cette indemnité est fixé, sur la base d'une durée de stage de 35 heures par semaine, comme suit :

Premier cycle : 30 euros hebdomadaire.

Deuxième cycle : 40 euros hebdomadaire.

Les frais de transport des étudiants masseurs-kinésithérapeutes, pour se rendre sur les lieux de stage, sont pris en charge selon les modalités suivantes :

– le stage doit être effectué sur le territoire français et hors de la commune où est situé l'institut de formation, dans la région de son implantation ou dans une région limitrophe ;
– le trajet pris en charge est celui entre le lieu de stage et l'institut de formation de masso-kinésithérapie ;
– le trajet peut être effectué en transport en commun ou au moyen d'un des véhicules suivants : véhicules automobiles, motocyclettes, vélomoteurs, voiturettes ou cyclomoteurs ;
– en cas d'utilisation d'un véhicule personnel, les taux des indemnités kilométriques applicables sont fixés par l'arrêté fixant les taux des indemnités kilométriques prévues à l'article 10 du décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 susvisé ;
– lorsque l'étudiant détient un titre d'abonnement de transport, le remboursement est assuré sur la base du montant de cet abonnement et au prorata de la durée du stage. Le remboursement est assuré sur justificatif.

Pour les stages temps plein réalisés en dehors de la région d'implantation de l'institut ou d'une région limitrophe, le remboursement des frais de transport correspond pour toute la durée du stage, à un aller-retour, dans la limite d'un montant calculé sur la base d'une distance maximale aller-retour de 1 200 kilomètres effectués dans un véhicule d'une puissance fiscale au plus égale à 5 CV.

Art. 8. – L'acquisition des compétences en situation s'effectue progressivement au cours de la formation.

L'organisation des épreuves d'évaluation et de validation est à la charge des instituts. Cette organisation ainsi que les modalités de semestrialisation sont présentées pour avis au conseil pédagogique en début d'année de formation et les étudiants en sont informés par la direction de l'institut.

La validation de plusieurs unités d'enseignement peut être organisée lors d'une même épreuve, les notes correspondant à chaque unité d'enseignement sont alors identifiables.

Art. 9. – La compensation des notes s'opère entre deux unités d'enseignement à condition qu'aucune des notes obtenues par l'étudiant pour ces unités ne soit inférieure à 8 sur 20.

Les unités d'enseignement qui donnent droit à compensation entre elles sont les suivantes :

Au premier cycle :

– UE 1 « Santé publique » et UE 2 « Sciences humaines et sciences sociales » ;
– UE 6 « Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie » et UE 8 « Méthodes de travail et méthodes de recherche » ;

Au deuxième cycle :

– UE 22 « Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation » et UE 24 « Intervention du kinésithérapeute en santé publique ».

Les unités d'enseignement optionnelles donnent lieu à compensation entre elles dans chacun des deux cycles.

Les autres unités d'enseignement ne donnent jamais lieu à compensation.

Art. 10. – Les enseignements semestriels donnent lieu à deux sessions d'examen. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 8, la deuxième session concerne les rattrapages des deux semestres précédents, elle se déroule en fonction de la date de rentrée de préférence en juin et au plus tard en septembre de l'année considérée.

Lorsqu'une unité d'enseignement a été présentée aux deux sessions, la note de la deuxième session est retenue.

En cas d'absence à une épreuve évaluant les unités d'enseignement, les étudiants sont admis à se présenter à la deuxième session. Dans le cas d'une deuxième absence, l'étudiant est considéré comme n'ayant pas validé l'unité.

Art. 11. – La progression de l'étudiant au cours des stages est appréciée à partir du portfolio dont le modèle figure à l'annexe V. Le portfolio comporte des éléments inscrits par l'étudiant et le tuteur, de stage.

Le tuteur évalue les niveaux d'acquisition de chacune des compétences à partir des critères et indicateurs notifiés dans le portfolio.

Le formateur de l'institut de formation, référent du suivi pédagogique de l'étudiant, prend connaissance des indications apportées sur le portfolio et propose en relation avec le tuteur à la commission semestrielle d'attribution des crédits prévue à l'article 13, l'attribution des crédits européens liés aux stages ou un complément de stages ou la réalisation d'une nouvelle période de stages. Dans ce cas, les modalités du complément ou de la nouvelle période de stages sont définies par l'équipe pédagogique.

En cas de difficulté, un entretien entre le tuteur, le formateur référent de stages de l'institut et l'étudiant est préconisé. Son contenu est rapporté aux membres de la commission semestrielle d'attribution des crédits.

Art. 12. – Les crédits européens correspondants aux stages sont attribués semestriellement dès lors que l'étudiant remplit les conditions suivantes :

1° Avoir réalisé la totalité du ou des stages, la présence sur chaque stage ne peut être inférieure à 80 % du temps prévu ; la durée cumulée des absences en stage ne peut être supérieure à 10 % de la durée totale des stages. Toute absence doit être justifiée au regard de la réglementation en vigueur ;

2° Avoir participé aux activités de la structure d'accueil en lien avec les objectifs de stage ;

3° Avoir mis en œuvre et validé les compétences au niveau requis dans une ou plusieurs situations ;

4° Avoir analysé des situations et activités rencontrées au cours des stages.

Art. 13. – Une commission semestrielle d'attribution des crédits est mise en place dans les instituts de formation de masseur-kinésithérapeute sous la responsabilité du directeur de l'institut qui la préside.

Elle est composée du président de l'université ou de son représentant, des formateurs référents des étudiants et de plusieurs représentants des tuteurs masseurs-kinésithérapeutes salariés et libéraux des structures d'accueil en stage.

Lorsque le directeur de l'institut de formation n'est pas un masseur-kinésithérapeute, le responsable pédagogique masseur-kinésithérapeute est obligatoirement membre de la commission et en assure la vice-présidence.

Chaque semestre, excepté le dernier, le formateur responsable du suivi pédagogique présente à la commission les résultats des étudiants, afin que celle-ci se prononce sur la validation des unités d'enseignement et des stages et sur la poursuite du parcours de l'étudiant.

Les crédits correspondants aux unités d'enseignement et aux stages sont mentionnés dans le dossier de l'étudiant.

Lors du dernier semestre, les résultats sont présentés devant le jury d'attribution du diplôme mentionné à l'article 19.

Art. 14. – Le passage de première en deuxième année au sein du premier cycle s'effectue par la validation des semestres 1 et 2, ou par la validation des unités d'enseignement équivalant à 52 crédits sur 60, répartis sur l'ensemble des deux premiers semestres de formation.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois. Le directeur de l'institut de formation peut autoriser ces étudiants, après avis de la commission semestrielle définie à l'article 13, à suivre quelques unités d'enseignement de l'année suivante.

Les étudiants ayant validé au moins 15 crédits européens sont autorisés à redoubler et conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Les étudiants qui ne sont pas admis en deuxième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Les étudiants admis en deuxième année, sans pour autant avoir validé l'ensemble des unités d'enseignement requises à la validation totale de la première année, sont autorisés à présenter les unités manquantes au cours de cette deuxième année.

À la fin de la deuxième année, les étudiants n'ayant pas validé l'ensemble des unités d'enseignement de la première année peuvent être autorisés par le directeur de l'institut après avis du conseil pédagogique à s'inscrire à nouveau aux unités d'enseignement manquantes pour les valider. Dans ce cas, les étudiants sont autorisés à s'inscrire administrativement à nouveau en deuxième année.

Dans le cas contraire, ces étudiants ne peuvent pas poursuivre la formation.

Art. 15. – Le passage du premier au deuxième cycle s'effectue par :

– la validation de l'ensemble des unités d'enseignement du premier cycle compte tenu des compensations prévues à l'article 9 ;
– la validation de l'unité d'enseignement d'intégration - UE 10 « Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive » ;
– la validation des stages du premier cycle - UE 11 « Formation à la pratique masso-kinésithérapique ».

Les étudiants n'ayant pas validé leurs stages sont autorisés à les rattraper avant la rentrée en troisième année.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois.

Les étudiants qui ne sont pas admis en troisième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des unités d'enseignement validées.

Art. 16. – Le passage de troisième année en quatrième année au sein du deuxième cycle s'effectue par la validation des semestres 5 et 6 ou par la validation des unités d'enseignement équivalant à 52 crédits sur 60, répartis sur l'ensemble des semestres 5 et 6 de formation.

Les étudiants qui ne répondent pas à ces critères sont admis à redoubler une fois. Le directeur de l'institut de formation peut autoriser ces étudiants, après avis de la commission semestrielle définie à l'article 13, à suivre quelques unités d'enseignement de l'année suivante.

Les étudiants autorisés à redoubler conservent le bénéfice des crédits correspondants aux unités d'enseignement validées.

Les étudiants qui ne sont pas admis en quatrième année après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils ne peuvent pas poursuivre la formation.

Art. 17. – Lorsque l'étudiant fait le choix de se réorienter, un bilan global de ses résultats avec la mention des crédits européens correspondants aux unités d'enseignement validées lui est communiqué.

Art. 18. – Les dossiers des étudiants ayant validé les sept premiers semestres de formation, soit 210 crédits européens sur 240, et ayant effectué la totalité des épreuves et des stages prévus pour la validation du semestre 8 sont présentés devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Les étudiants ne remplissant pas les conditions pour être autorisés à se présenter devant le jury régional d'attribution du diplôme d'État sont autorisés à redoubler une fois.

Les étudiants qui ne sont pas admis à se présenter devant le jury régional après un premier redoublement peuvent être autorisés par le directeur de l'institut ou d'un autre institut, après avis du conseil pédagogique, à redoubler une deuxième fois. Dans le cas contraire, ils sont exclus de la formation.

Art. 19. – Le jury d'attribution du diplôme d'État, nommé par arrêté du préfet de région, sur proposition du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, comprend :

1° Le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ou son représentant, président ;

2° Le président de l'université ou son représentant ;

3° Le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant ;

4° Un directeur d'institut de formation en masso-kinésithérapie s'il est titulaire du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ou, le cas échéant, un responsable de la formation en masso-kinésithérapie dans l'institut, titulaire d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

5° Un masseur-kinésithérapeute titulaire d'un diplôme de cadre de santé, ou titulaire d'un diplôme de niveau 1 dans les domaines de la pédagogie ou des différents champs enseignés ;

6° Deux enseignants d'instituts de formation en masso-kinésithérapie titulaires d'un diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute ;

7° Deux masseurs-kinésithérapeutes en exercice depuis au moins trois ans ;

8° Un médecin participant à la formation ;

9° Un enseignant-chercheur participant à la formation.

Si le nombre de candidats et d'instituts dans la région le justifie, le préfet de région peut augmenter le nombre de membres du jury en proposant à chaque institut de désigner un représentant.

Art. 20. – Le président du jury est responsable de la cohérence et du bon déroulement de l'ensemble du processus de délivrance du diplôme. Il est responsable de l'établissement des procès-verbaux.

Le jury délibère souverainement à partir de l'ensemble des résultats obtenus par les candidats et la délivrance du diplôme est prononcée après la délibération du jury. Le procès-verbal de délibération est élaboré sous la responsabilité du président du jury et signé par lui.

Après proclamation des résultats, le jury est tenu de communiquer les notes aux étudiants. Les étudiants ont droit, en tant que de besoin et sur leur demande, dans les deux mois suivant la proclamation des résultats, à la communication de leurs résultats et à un entretien pédagogique explicatif avec un membre du jury.

Art. 21. – Les candidats ayant acquis l'ensemble des connaissances et des compétences sont déclarés reçus au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et obtiennent les 240 crédits correspondants.

La liste des candidats reçus est établie en séance plénière du jury prévu à l'article 19.

Art. 22. – Les étudiants qui n'ont pas été reçus au diplôme d'État sont autorisés à s'inscrire aux unités d'enseignement manquantes pour les valider et à se présenter une nouvelle fois devant le jury d'attribution du diplôme d'État.

Les modalités de leur reprise de formation sont organisées par l'équipe pédagogique, le conseil pédagogique en est informé.

Chaque étudiant inscrit a le droit de se présenter à deux sessions des éléments constitutifs du semestre 8 (unités d'enseignement et stages) dans les deux années qui suivent la fin de la scolarité de la promotion dans laquelle l'étudiant était inscrit pour la première session, hors temps d'interruption de scolarité, conformément aux articles 38 et 39 de l'arrêté du 21 avril 2007 susvisé.

Art. 23. – I. – Dans le cadre de la mobilité internationale, le diplôme est accompagné de l'annexe descriptive dite « supplément au diplôme ». Le supplément au diplôme vise à fournir des données indépendantes et suffisantes pour améliorer la transparence internationale et la reconnaissance académique et professionnelle équitable des qualifications.

II. – Le parcours de formation permet la validation de deux périodes d'études effectuées à l'étranger. Lorsque le projet a été accepté par les deux directeurs d'établissements de formation et que l'étudiant a obtenu la validation de sa période d'études par l'établissement étranger, il bénéficie des crédits européens correspondant à cette période d'études sur la base de 30 crédits pour l'ensemble des unités d'enseignement d'un semestre.

Art. 24. – Lorsqu'un étudiant change d'institut de formation, avec l'accord des deux directeurs des instituts concernés, pour poursuivre son cursus dans une même formation, les crédits relatifs aux unités d'enseignement validées dans l'institut d'origine lui sont acquis. Il valide dans son nouvel institut les crédits manquant à l'obtention de son diplôme.

TITRE II

DISPENSES ET MODALITÉS PARTICULIÈRES DE SCOLARITÉ

Art. 25. – I. – Peuvent être dispensés du suivi et de la validation d'une partie des unités d'enseignement des cycles 1 et 2, par le directeur de l'institut, sur proposition de la commission d'attribution des crédits et avis du conseil pédagogique, et comparaison entre la formation qu'ils ont suivie et les unités d'enseignement composant le programme du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute :

1° Les titulaires d'un des diplômes mentionnés ci-après :

– diplôme d'État d'infirmier ;
– diplôme d'État de pédicure-podologue ;
– diplôme d'État d'ergothérapeute ;

– diplôme d'État de psychomotricien;
– diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale et diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique;
– certificat de capacité d'orthophoniste;
– certificat de capacité d'orthoptiste;
– diplôme de formation générale en sciences médicales;
– diplôme de formation générale en sciences maïeutiques;
– diplôme de formation générale en sciences odontologiques;
– diplôme de formation générale en sciences pharmaceutiques;

2° Les titulaires d'une licence dans le domaine sciences, technologies, santé et les titulaires d'une licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS);

3° Les titulaires d'un diplôme reconnu au grade de master.

Les candidats admis au titre du présent article valident l'ensemble des unités d'enseignement des cycles 1 et 2, à l'exception des unités d'enseignement pour lesquelles ils ont obtenu une dispense.

Ces candidats déposent auprès de l'institut de leur choix un dossier comprenant:

– un *curriculum vitae;*
– les copies des titres et diplômes;
– un certificat médical attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession;
– une lettre de motivation.

Ils sont sélectionnés par un jury composé du directeur de l'institut, du responsable pédagogique lorsque le directeur de l'institut n'est pas un masseur-kinésithérapeute, d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice depuis au moins trois ans. L'admissibilité se fait sur dossier et l'admission sur entretien.

II. – Le nombre total de candidats admis dans un institut de formation en application du I au cours d'une année donnée s'ajoute au nombre de places fixé par la capacité d'accueil attribuée à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 5 % de ce nombre. Lorsque l'application de ce pourcentage conduit à un nombre décimal, ce nombre est arrondi au nombre entier supérieur.

Art. 26. – Peuvent être dispensés d'une partie des enseignements théoriques ou des stages pratiques les titulaires d'un titre de formation de masseur-kinésithérapeute ou équivalent, délivré par un État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen dans lequel la formation n'est pas réglementée ou présente des différences substantielles avec la formation menant au diplôme d'État français de masseur-kinésithérapeute, et qui à ce titre ne peuvent bénéficier d'une autorisation d'exercice délivrée par le préfet de région après avis de la commission des masseurs-kinésithérapeutes.

Art. 27. – Les titulaires d'un diplôme de masseur-kinésithérapeute ou autre titre ou certificat permettant l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute ou équivalent obtenu en dehors d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse peuvent bénéficier d'une dispense partielle de scolarité pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, sous réserve de réussite à des épreuves de sélection.

Art. 28. – Le nombre total de candidats admis dans un institut de formation en masso-kinésithérapie au titre de l'article 27 du présent arrêté au cours d'une année donnée s'ajoute au nombre de places fixé par la capacité d'accueil attribué à cet institut pour l'année considérée, sans pouvoir excéder 2 % de ce nombre. Lorsque l'application de ce pourcentage conduit à un nombre décimal, ce nombre est arrondi au nombre entier supérieur.

Art. 29. – Pour se présenter aux épreuves de sélection prévues à l'article 27, les candidats adressent à l'institut de formation en masso-kinésithérapie de leur choix un dossier d'inscription comportant:

1° La photocopie de leur diplôme de masseur-kinésithérapeute ou un titre équivalent (l'original sera fourni lors de l'admission en formation);

2° Un relevé du programme des études suivies, précisant le nombre d'heures de cours par matière et par année de formation, le contenu et le nombre d'heures de chaque stage clinique effectué au cours de la formation dans les différents champs d'exercice de la kinésithérapie (musculo-squelettique; neuromusculaire; cardiorespiratoire, vasculaire et interne) ainsi que le dossier d'évaluation continue, le tout délivré et attesté par une autorité officielle compétente du pays qui a délivré le diplôme;

3° La traduction en français par un traducteur agréé auprès des tribunaux français de l'ensemble des documents prévus aux 1° et 2° ;

4° Un curriculum vitae ;

5° Une lettre de motivation.

Les dispositions du 2° ne s'appliquent pas aux candidats bénéficiant de la qualité de réfugié politique.

Art. 30. – Les épreuves de sélection prévues à l'article 27 sont au nombre de trois :

– une épreuve d'admissibilité ;

– deux épreuves d'admission.

L'épreuve d'admissibilité consiste en une épreuve écrite et anonyme comportant cinq questions de culture générale devant permettre en particulier d'apprécier la maîtrise de la langue française par le candidat, ainsi que ses connaissances, prioritairement dans le domaine sanitaire et social.

Cette épreuve, d'une durée d'une heure trente, est notée sur 20 points.

Pour être admissible, le candidat doit obtenir à cette épreuve une note au moins égale à 10 sur 20.

Les candidats déclarés admissibles par le jury sont autorisés à se présenter aux épreuves d'admission consistant en une épreuve orale et une mise en situation pratique, organisées au cours d'une même séance.

L'épreuve orale, d'une durée de trente minutes au maximum, consiste en un entretien en langue française.

Cette épreuve doit permettre d'apprécier le parcours professionnel et les motivations du candidat à partir de son dossier d'inscription. Elle est notée sur 20 points.

Les candidats sont sélectionnés par un jury composé du directeur de l'institut, d'un formateur et d'un professionnel accueillant des étudiants en stage et en exercice depuis au moins trois ans.

L'épreuve de mise en situation pratique porte sur un sujet de rééducation appliqué à une situation clinique et consiste en :

– l'étude d'un cas clinique en rapport avec l'exercice professionnel masso-kinésithérapique, dont le sujet est tiré au sort par le candidat parmi les questions préparées par le jury ;

– la réalisation d'un examen clinique, d'un diagnostic et d'une intervention masso-kinésithérapique en lien avec le cas clinique, en salle de travaux pratiques.

Cette épreuve doit permettre au jury d'apprécier les connaissances, les capacités de compréhension et d'analyse d'une situation de soins donnée ainsi que les démarches et aptitudes techniques et pratiques du candidat.

D'une durée d'une heure trente au maximum, dont trente minutes de préparation, cette épreuve est notée sur 20 points et est évaluée par les mêmes membres du jury que l'épreuve orale. Une note inférieure à 10 sur 20 est éliminatoire.

Pour pouvoir être admis dans un institut de formation en masso-kinésithérapie, les candidats doivent obtenir un total de points au moins égal à 30 sur 60 aux trois épreuves de sélection.

Art. 31. – A l'issue des épreuves d'admission et au vu des notes obtenues aux trois épreuves de sélection, le président du jury établit une liste principale et une liste complémentaire de candidats admis en application de l'article 27. Cette dernière doit permettre de combler les vacances résultant des désistements éventuels.

En cas d'égalité de points entre plusieurs candidats, le rang de classement est déterminé par la note obtenue à l'épreuve écrite, puis à celle de mise en situation pratique. Lorsque cette procédure n'a pas permis de départager les candidats, le candidat le plus âgé est classé avant les autres.

Art. 32. – Le directeur de l'institut de formation en masso-kinésithérapie, sur proposition de la commission d'attribution des crédits et après avis du conseil pédagogique, est habilité à dispenser les candidats ayant satisfait aux épreuves de sélection prévues à l'article 27 d'une partie de la formation. Cette décision est prise en fonction du niveau de formation initiale de masseur-kinésithérapeute et de l'expérience professionnelle des intéressés appréciés sur la base de leur dossier d'inscription, ainsi que sur les résultats obtenus aux épreuves de sélection.

Les candidats admis en formation à ce titre doivent impérativement suivre et valider au minimum 60 crédits de la formation théorique, pratique et clinique en masso-kinésithérapie.

Art. 33. – Les sportifs de haut niveau figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport sont admis en formation de masso-kinésithérapie après avis de la commission prévue à l'article D. 4381-90 du code de la santé publique et dans les conditions fixées par arrêté du 26 août 2010 susvisé.

Le directeur de l'institut, après avis du conseil pédagogique, définit les modalités d'aménagement de la scolarité.

Art. 34. – Les personnes en situation de handicap d'origine visuelle sont autorisées à poursuivre la préparation des quatre années conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute dans un institut spécialisé pour leur handicap conformément à l'article L. 4321-3 du code de la santé publique sous réserve que leur candidature soit retenue par le conseil pédagogique de l'institut choisi.

Par dérogation à l'arrêté du 16 juin 2015 relatif à l'admission dans les instituts préparant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute, ces quatre années sont précédées d'une première année spécifique de formation-préparation-adaptation dont le programme est fixé par l'arrêté du 21 décembre 2012 susvisé.

Les modalités de validation des unités d'enseignement et des stages sont conformes à celles prévues aux articles 14 à 18.

Des modalités particulières d'organisation de la formation et une pédagogie adaptée sont prévues pour permettre à ces étudiants de suivre la formation dans des conditions équivalentes à celle des autres candidats.

TITRE III

DISPOSITIONS TRANSITOIRES ET FINALES

Art. 35. – Les dispositions du présent arrêté sont applicables aux étudiants entrant en première année de formation en masso-kinésithérapie à compter de la rentrée de septembre 2015.

Les étudiants ayant entrepris leurs études avant cette date demeurent régis par les dispositions antérieures, à l'exception des sportifs de haut niveau visés à l'article 33 du présent arrêté et des étudiants de première année qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Les étudiants de deuxième et troisième année qui redoublent ou qui ont interrompu une formation suivie selon le programme défini par l'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute voient leur situation examinée par la commission semestrielle d'attribution des crédits. Celle-ci formalise des propositions de réintégration qui sont soumises à l'avis conforme du conseil pédagogique.

En cas d'échec au diplôme d'État aux deux sessions organisées en 2017, les candidats peuvent se présenter à quatre sessions supplémentaires dans un délai de deux ans. Le directeur de l'institut peut accorder le bénéfice d'un complément de scolarité aux candidats qui lui en font la demande.

Art. 36. – L'arrêté du 31 janvier 1991 relatif aux dispenses accordées à certains candidats en vue de la préparation au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et l'arrêté du 6 août 2004 relatif aux dispenses susceptibles d'être accordées aux candidats titulaires d'un diplôme extracommunautaire de masseur-kinésithérapeute sollicitant l'exercice de la profession en France en vue de la préparation du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sont abrogés.

Art. 37. – L'arrêté du 5 septembre 1989 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est abrogé à compter du 30 septembre 2019.

L'arrêté du 23 mai 2011 relatif aux études préparatoires et au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est abrogé.

Art. 38. – Le directeur général de l'offre de soins et la directrice générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 septembre 2015.

La ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes,
Par empêchement du directeur général
de l'offre de soins :
Pour la ministre et par délégation :
La sous-directrice des ressources humaines
du système de santé par intérim,
M. Lenoir-Salfati

La ministre de l'éducation nationale,
de l'enseignement supérieur
et de la recherche,
Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale
de l'enseignement supérieur
et de l'insertion professionnelle,
S. Bonnafous

Nota. – Les annexes seront publiées au *Bulletin officiel* « santé, protection sociale, solidarité ».

ANNEXE I
RÉFÉRENTIEL DES ACTIVITÉS

ANNEXE II
RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES

ANNEXE III
MAQUETTE DE FORMATION

ANNEXE IV
RÉFÉRENTIEL DE FORMATION
ET UNITÉS D'ENSEIGNEMENT

ANNEXE V
PORTFOLIO INTÉGRANT LA FEUILLE D'ÉVALUATION DE STAGE

ANNEXE I

RÉFÉRENTIEL DES ACTIVITÉS

Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute

Rôles et missions

La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ainsi que des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs et participe à leur coordination. Il concourt par ailleurs à la formation initiale, continue et à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute a plusieurs rôles :
- un expert en masso-kinésithérapie ;
- un praticien ;
- un formateur ;
- un communicant ;
- un éducateur ;
- un gestionnaire ;
- un responsable au regard de la déontologie.

Son exercice est défini par le code de la santé publique aux articles L. 4321-1 à L. 4321-22 et R. 4321-1 à R. 4321-145.

Conditions d'exercice

La masso-kinésithérapie est exercée par des professionnels titulaires du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute et inscrits au tableau de l'ordre (art. L 4321-2 et L 4321-10 du code de la santé publique) qui s'engagent à :

- respecter les règles déontologiques et l'éthique spécifiques à la profession ;
- développer les compétences professionnelles nécessaires à la réalisation des activités de dépistage, de prévention, d'éducation et de soins, en tenant compte des évolutions de la science et en réponse aux besoins en santé publique ;
- participer à la promotion et au développement de la profession.

Champ d'intervention et population concernée

La masso-kinésithérapie identifie et évalue les potentiels et les capacités d'activité et de mouvement, en tenant compte des caractéristiques de chaque individu.

La masso-kinésithérapie propose, en toute autonomie et en pleine responsabilité, en lien avec les autres professions de santé, un ensemble d'actions auprès des personnes pour préserver, développer, retrouver et suppléer les capacités fonctionnelles et le mouvement à tous les âges de la vie, lorsqu'ils sont perturbés par les traumatismes, la maladie et le vieillissement, l'ignorance ou la négligence.

La masso-kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne le mouvement, au niveau de ses structures et fonctions, de son activité et de sa participation à la société ; la masso-kinésithérapie vise à réduire les déficiences, les limitations d'activités et les restrictions de participation à la société du patient, de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie

Contexte d'intervention

La masso-kinésithérapie place le fonctionnement et le mouvement humains au cœur du concept de santé. Pour ce faire, elle porte son action thérapeutique sur trois catégories de mouvements :
- les mouvements externes produits par le corps humain : sa gestuelle ;

– les mouvements animant l'intérieur du corps : l'ensemble des systèmes circulants assurant les fonctions vitales ;
– les mouvements de la pensée, processus aboutissant à l'élaboration, l'organisation et l'intégration de ces manifestations externes et internes.

La masso-kinésithérapie s'appuie sur une démarche d'évaluation posant un diagnostic portant sur ces trois niveaux et débouchant sur une vision fonctionnelle du patient dans son environnement. La masso-kinésithérapie optimise le fonctionnement de l'individu, pour ce qui concerne son niveau de participation à la société, de façon à minimiser son handicap et le rendre acteur de la gestion de sa santé et de son autonomie. La masso-kinésithérapie tient compte des caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales, culturelles et environnementales de chaque patient.

Dans ses activités de rééducation, réadaptation, réinsertion, réhabilitation, entretien et prévention, les activités en masso-kinésithérapie mobilisent des compétences génériques et spécifiques. Elles utilisent des méta-activités (car permanentes et indissociables de la décision et de l'action) qui sont : évaluation et éducation.

Activités

1. **Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie**

2. **Élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie**

3. **Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique**

4. **Prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes**

5. **Prévention et dépistage, conseil, expertise, éducation thérapeutique et santé publique**

6. **Organisation et coordination des activités de santé**

7. **Gestion des ressources et management**

8. **Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles**

9. **Recherche et études en masso-kinésithérapie**

10. **Formation et information des professionnels et des futurs professionnels**

Activités détaillées

1. Réalisation du bilan et de l'évaluation clinique

Prise de contact avec le patient et/ou l'entourage

Écoute, entretien, interrogatoire visant à clarifier la demande et les besoins de la personne.

Recueil d'informations auprès du patient, auprès des professionnels de santé.

Analyse des demandes et des attentes de la personne au regard des données recueillies et du dossier du patient.

Évaluation de la pertinence de l'intervention ou de la réorientation éventuelle du patient vers d'autres professionnels de santé.

Choix et utilisation conforme aux normes des outils, tests, épreuves ou échelles de mesure et indicateurs adaptés.

Évaluation de la douleur éventuelle.

Identification des risques iatrogènes d'une intervention en masso-kinésithérapie.

Évaluation du niveau de dysfonctionnement articulaire, tissulaire, moteur, sensitif, sensoriel, cognitif de la personne en référence aux concepts en masso-kinésithérapie, aux références existantes, aux recommandations.

Analyse de l'impact des contextes socioéconomiques, professionnels, environnementaux sur la demande de prise en charge.

Traçabilité de l'évaluation clinique en masso-kinésithérapie.

Information et échange avec le patient et/ou l'entourage sur les éléments de pertinence de prise en charge au regard des données recueillies.

2. Élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapique

Formulation permanente des hypothèses en cours de test dans une démarche hypothético-déductive.

Reports des résultats des observations et tests cliniques et des cotations obtenues et comparaison avec les normes validées sur sujet sain.

Recherche de l'étiologie, ou des étiologies en cas de polypathologies ou pathologie complexe, des difficultés ou troubles du patient au regard des hypothèses formulées.

Évaluation des facteurs de risques et de l'urgence de la situation.

Évaluation de l'étendue des dysfonctions de la personne.

Analyse causale de la douleur.

Mise en concordance des résultats des tests cliniques avec les plaintes du patient.

Mesure et prise en compte de l'impact de la pathologie sur la santé, la qualité de vie de la personne.

Analyse de l'impact des contextes sociaux économiques, professionnels, environnementaux sur la personne prise en charge.

Relevé des compétences du patient et de ses possibilités de prendre en charge sa pathologie.

Formulation du diagnostic en masso-kinésithérapie et explicitation auprès du patient et/ou de son entourage.

Formulation d'une réponse à la demande de pronostic, réajustable dans le temps.

3. Conception d'un projet thérapeutique et d'une stratégie de prise en charge clinique

Élaboration et formalisation d'une stratégie d'intervention en lien avec la personne, les paramètres du contexte et de l'urgence de la situation.

Détermination des conditions nécessaires au bon déroulement de l'intervention.

Évaluation du niveau de compréhension de la personne et adaptation de la stratégie de communication et d'intervention.

Identification des critères de progression en lien avec la personne et avec ses attentes.

Information de la personne, proposition thérapeutique (outils, méthode, appareillages envisageables et progression).

Échanges et adaptation du projet de soin en fonction des objectifs négociés avec la personne soignée.

Explication du rôle thérapeutique du masseur-kinésithérapeute et des attendus de la participation du patient à sa prise en charge.

Explicitation de la pathologie et des actions envisagées pour former le patient et/ou son entourage afin de le rendre participatif et acteur de sa santé.

Description des modalités de prise en charge, des différents acteurs et de leurs rôles respectifs, dans le cadre de la pluridisciplinarité.

Prévision de mesures appropriées aux situations d'urgence en masso-kinésithérapie en référence aux normes, protocoles existants et à la prévention des risques.

Évaluation tout au long de la prise en charge avec la personne et/ou son entourage des résultats de la mise en œuvre de la stratégie d'intervention en masso-kinésithérapie.

Adaptation de la stratégie thérapeutique en masso-kinésithérapie en fonction des résultats observés et des objectifs du patient.

4. **Prise en charge individuelle ou collective en masso-kinésithérapie dans différents contextes**

Présentation des acteurs de la prise en charge, du fonctionnement du service de soin, du cabinet ou de la structure de soin.

Information sur les démarches administratives à accomplir, le coût de la prise en charge, ainsi que la prise en charge par la caisse d'assurance maladie et d'assurance maladie complémentaire.

Réalisation d'un dossier individuel personnalisé.

Intégration du dossier patient dans le dossier médical personnel.

Contacts et échanges avec les autres professionnels de soin.

Programmation des interventions en lien avec le patient et/ou l'entourage et les autres professionnels de santé.

Préparation des outils nécessaires à la prise en charge.

Mise en œuvre des techniques en masso-kinésithérapie pour conserver ou retrouver un état de santé optimal, freiner ou retarder les conséquences d'une ou des pathologies, améliorer la qualité de vie et le confort de la personne.

Mise en œuvre des protocoles d'hygiène et de sécurité, ainsi que des règles de bonne pratique professionnelle.

Repérage des risques spécifiques liés à la mise en œuvre des activités en masso-kinésithérapie et mise en place de mesures préventives.

Adaptation, si nécessaire, des protocoles de masso-kinésithérapie en fonction des activités de masso-kinésithérapie.

Mise en place d'une traçabilité des soins en masso-kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

Suivi des examens complémentaires.

Évaluation des résultats obtenus et adaptation des pratiques en masso-kinésithérapie à l'évolution de la situation clinique.

Information continue au patient sur l'évolution du traitement, de sa mise en œuvre et des résultats obtenus.

Suivi de l'observance par le patient du traitement en masso-kinésithérapie.

Réalisation et pose de contentions souples d'appareils temporaires de rééducation et d'appareils de posture.

Formation du patient et/ou de son entourage aux gestes techniques et à l'utilisation des aides techniques prescrites.

Création et utilisation d'outils de transmission de l'information aux partenaires et acteurs concourant aux soins des personnes.

Transmission des données recueillies aux autres professionnels de santé.

Adaptation avec le patient du projet thérapeutique en fonction de l'évolution du traitement.

Définition et proposition de soins complémentaires si nécessaire.

5. **Prévention et dépistage, conseil, éducation thérapeutique et santé publique**

Réalisation d'actions de prévention primaire et secondaire dans un cadre individuel ou collectif

Information et conseils aux personnes en individuel et en groupe sur le dépistage de déficiences, de limitations fonctionnelles et des facteurs de risques en santé.

Dépistage et analyse des situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne.

Formation de publics ciblés au repérage des signes d'alerte et à l'utilisation d'outils de suivi.

Formalisation et diffusion de programmes d'intervention en prévention secondaire.

Formalisation de proposition d'actions de prévention en direction de partenaires institutionnels, respectant un cahier des charges, en lien avec les politiques de santé publique.

Interventions dans les manifestations en lien avec le champ de compétences de la masso-kinésithérapie.

Réalisation d'actions de prévention tertiaire dans le contexte du soin, mise en place d'actions de suivi thérapeutique

Informations et échanges pour contribuer à rendre le patient acteur de sa santé.

Mise en place d'actions de suivi thérapeutique.

Formalisation et présentation de conseils et recommandations pour réduire l'effet ou la prévalence d'un trouble chez la personne.

Recueil, réalisation et diffusion de supports et d'outils d'information et de conseil en vue de réduire l'effet ou la prévalence d'un trouble chez une personne ou une population.

Conduite d'actions de promotion de l'intégration de personnes présentant un handicap ou une incapacité

Mise en place de partenariats avec des structures institutionnelles.

Veille réglementaire et constitution de bases de données règlementaires et législatives.

Information du public sur la réglementation en vigueur en matière d'intégration des personnes présentant un handicap ou une incapacité.

Éducation thérapeutique du patient

Préparation de la démarche d'éducation thérapeutique

Information du patient sur la possibilité de bénéficier d'une démarche d'éducation thérapeutique.

Élaboration du diagnostic en masso-kinésithérapie en vue d'une action d'éducation thérapeutique, recueil d'information, sur les facteurs facilitant ou limitant les capacités d'autosoin et leur utilisation dans la vie quotidienne.

Formulation des compétences à acquérir par le patient au regard de son projet et de la stratégie thérapeutique.

Définition et formalisation d'une démarche personnalisée en masso-kinésithérapie en vue d'une action d'd'éducation thérapeutique en lien avec le patient et les autres professionnels intervenant dans le projet thérapeutique.

Mise en œuvre d'une démarche d'éducation thérapeutique.

Information, sensibilisation du patient et/ou de son entourage sur ses troubles, les protocoles, les conduites à tenir, la mise en place de moyens pour ralentir la progression de la maladie ou prévenir les complications.

Réalisation de séances individuelles ou collectives d'éducation thérapeutique pour l'acquisition des compétences d'autosoin et d'adaptation.

Évaluation des compétences acquises en fonction du projet du patient et de la démarche d'éducation thérapeutique.

Réajustement du projet.

Coopération autour du patient, en lien avec les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique

Suivi de la démarche personnalisée d'éducation thérapeutique en lien avec les autres professionnels de santé intervenant auprès du patient.

Conseil et expertise dans le domaine de la masso-kinésithérapie

Conseil auprès des différents partenaires quant aux actions à entreprendre requérant des connaissances dans le domaine de la masso-kinésithérapie.

Conseil auprès d'autres professionnels dans le cadre du suivi de la prise en charge du patient, de son insertion ou de sa réinsertion professionnelle ou sociale.

Rédaction de bilans, rapports techniques ou d'avis dans un cadre médico-administratif.

6. **Organisation et coopération avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée**

Organisation des activités de soin de masso-kinésithérapie

Gestion administrative

Information du patient sur les procédures administratives relatives à la prise en charge en masso-kinésithérapie.

Gestion, mise à jour et archivage du dossier patient.

Télétransmission des données.

Enregistrement informatisé des données et actes réalisés.

Établissement des documents administratifs nécessaires à la prise en charge auprès de la caisse d'assurance maladie du patient.

Tenue de statistiques sur les actes réalisés.

Gestion du temps de l'activité professionnelle

Réalisation de plannings quotidiens et hebdomadaires permettant de répondre à la demande en soin.

Formalisation de plannings de rendez-vous en fonction des autres interventions auprès des patients, des locaux disponibles, des interventions à domicile.

Gestion du planning du matériel nécessaire à l'intervention en masso-kinésithérapie.

Enregistrement et transmission des données

Enregistrement et transmission de données médicales sur le patient.

Transmission d'informations orales et écrites aux professionnels concernés, dans le cadre du respect des obligations professionnelles et du secret médical.

Rédaction et transmission d'informations orales et écrites à la personne, à l'entourage et aux institutions concernées respectant le cadre légal et le secret médical.

Coopérations avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne soignée

Identification des acteurs de soins afin de transmettre les informations pertinentes.

Choix des outils de communication adaptés aux situations.

Participation à la coordination des activités et des soins auprès de la personne avec les différents acteurs de la santé et du social en fonction des domaines de compétence.

Contribution à la mise en place d'une coopération interprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Explicitation de ses rôles et responsabilités aux patients, aux familles, conformément à la réglementation.

Prise de contact, échanges d'informations avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients.

Organisation des interventions en tenant compte des limites du champ professionnel et des responsabilités, en veillant à la continuité des soins.

Information des professionnels de santé du champ de compétences des masseurs-kinésithérapeutes.

Participation aux transmissions.

Préparation, participation aux réunions de synthèses cliniques.

Animation de réunions de synthèse, de temps de travail thématiques et/ou interprofessionnels.

Interventions en réunions institutionnelles : conseils de pôles, réunions d'organisation, réunions d'élaboration de projets, commissions de soins infirmiers de rééducation et médico-technique.

Développement et mise en œuvre des activités ou des projets transversaux au sein d'un établissement ou d'un réseau.

7. Gestion de projet, des ressources et management

Gestion de projet, conception d'une structure d'un cabinet

Étude de marché, des besoins.

Conception et préparation du projet, prise en compte du cadre juridique, évaluation du budget, planification des activités.

Prise de contact avec les différents acteurs locaux et régionaux (agence régionale de santé, conseil de l'ordres des masseurs-kinésithérapeutes, banques, médecins et autres professionnels de santé, architectes, etc).

Mise en œuvre du projet.

Suivi et évaluation.

Gestion des ressources humaines de la structure

Mise en place d'une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et fonctionnement correspondant à l'offre de soin.

Mobilisation des collaborateurs, autour d'un projet, dans une démarche collaborative et prenant en compte les règles de gestion des ressources humaines en vigueur.

Suivi de la comptabilité, des budgets et de la trésorerie

Élaboration, gestion et suivi d'un budget et des investissements.

Tenue de la comptabilité du cabinet conformément aux règles comptables édictées par l'administration fiscale pour les entreprises libérales non commerciales, avec ou sans soutien d'un expert comptable et/ou une association de gestion agréée.

Gestion de la trésorerie et suivi des opérations bancaires.

Établissement, suivi et archivage des éléments de gestion administrative et comptable.

Réalisation des déclarations et règlements dus par la structure

Déclaration des bénéfices professionnels non commerciaux en temps et forme réglementaires.

Règlement des factures et charges sociales en respectant les échéances et règles administratives.

Souscription d'une couverture sociale obligatoire et/ou facultatives et d'assurances professionnelle.

Gestion des rendez-vous avec les patients et de l'activité

Organisation du ou des plannings, de la prise de rendez-vous avec les patients et de la répartition des activités des professionnels de santé de la structure dans le respect de la déontologie professionnelle.

Utilisation, suivi et mise à jour des logiciels de gestion spécifiques à la prise de rendez-vous, comptabilité, statistiques d'activité.

Saisie et codification des actes.

Facturation des actes, proposition de facilités de paiement, relance des impayés, encaissement des honoraires.

Réalisation et suivi des envois et des retours vis-à-vis de la caisse d'assurance maladie.

Gestion matérielle du cabinet, service ou structure

Évaluation et contrôle de l'accessibilité des locaux et de la conformité des installations et du matériel au regard des normes.

Respect de la réglementation et des objectifs d'hygiène et de sécurité.

Identification des mesures à prendre.

Planification du suivi et du contrôle du respect de la règlementation et des règles de bonne pratique professionnelle.

Organisation de la maintenance, de la traçabilité et de la gestion des stocks, des matériels et des consommables.

Échanges d'informations sur l'organisation logistique du service, de la structure ou du cabinet.

8. **Veille professionnelle et actions d'amélioration des pratiques professionnelles**

Actualisation des connaissances et veille professionnelle en lien avec les réseaux professionnels

Constitution, alimentation et consultation de bases d'informations sur la profession de masseur-kinésithérapeute et les connaissances professionnelles.

Lecture critique de revues professionnelles, de publications, de médias spécialisés.

Consultation de sites professionnels.

Lecture de travaux de recherche internationaux en masso-kinésithérapie ou dans les domaines en lien avec la masso-kinésithérapie.

Suivi des logiciels édités en fonction des besoins, avancées scientifiques et thérapeutiques.

Suivi des évolutions des matériels et des outils d'intervention en masso-kinésithérapie et mise à jour des connaissances théoriques et techniques relatives à leur utilisation.

Suivi de groupes de supervision ou de lecture professionnelle.

Participation à des travaux de réflexion basés sur des références scientifiques.

Participation à un programme de DPC (développement professionnel continu)

Réalisation d'actions d'analyse des pratiques professionnelles

Revue d'un référentiel d'analyse reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts).

Analyse critique et constructive des pratiques réalisées par rapport à la pratique attendue.

Mise en place d'objectifs et d'actions d'amélioration.

Suivi de ces actions et évaluation des résultats au regard des pratiques attendues.

Acquisition/perfectionnement des connaissances/compétences

Participation à une action de formation associant un temps dédié, des objectifs pédagogiques, des supports pédagogiques reposant sur des références actualisées (scientifiques, réglementaires, organisationnelles, éthiques, consensus d'experts…), une évaluation et des temps d'échange entre professionnels.

Démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Évaluation de la mise en œuvre des interventions au regard des principes de qualité, de sécurité et de satisfaction de la personne.

Évaluation de la pratique professionnelle au regard de l'évolution des sciences et des techniques, des normes professionnelles, de la déontologie et de l'éthique.

Conception d'outils et d'indicateurs d'évaluation des situations en kinésithérapie.

Évaluation de l'application des règles de traçabilité, d'hygiène et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, utilisation, circulation…) et identifier toute non-conformité.

Identification des actions d'amélioration possibles et des mesures de réajustement de la pratique professionnelle, en établissant une planification des acquisitions et des apprentissages à mettre en œuvre.

Évaluation des actions mises en œuvre.

Suivi d'actions de formation, de congrès, de colloques

Participation et organisation de colloques et congrès.

Communications, interventions, partage d'informations.

Vérification de la conformité des actions de formation professionnelle proposées au regard de la législation en vigueur et des instances compétentes.

Suivi de formations aux formats et contenus appropriés aux besoins des masseurs-kinésithérapeutes.

Suivi des impacts de la formation sur la pratique professionnelle.

Participation au recueil de corpus pour la profession, les pratiques professionnelles ou la recherche.

9. **Recherche et études en masso-kinésithérapie**

Activités de recherche liées aux besoins en santé publique et liées aux mesures d'impact

Recherche d'informations sur les milieux, les situations, les populations, les pathologies à risque en lien avec les structures et les ressources existantes : structures sanitaires et sociales, associations, organismes, autres actions de dépistage…

Formalisation de propositions d'actions de dépistage et de leur évaluation en direction de partenaires institutionnels en réponse à des appels d'offres ou dans le cadre de démarches spontanées en lien avec les politiques de santé publique.

Réalisation d'études dans le domaine des soins et de l'intervention du masseur-kinésithérapeute.

Activités de recherche clinique

Formulation d'hypothèses de recherche répondant à des questionnements innovants et productifs.

Recueil d'informations dans le cadre d'une démarche de recherche.

Réalisation de rapports d'études.

Rédaction de protocoles ou de procédures.

Rédaction d'articles en vue d'une publication dans une revue scientifique.

Exposé des travaux de recherche.

Réalisation de publications à usage de ses pairs et/ou d'autres professionnels de santé.

Accompagnement de travaux professionnels.

Activités de recherche et d'exploitation de bases de données

Exploitation et veille sur des bases de données existantes dans les domaines d'intervention du masseur-kinésithérapeute.

Recherche, sur les bases de données existantes, des recommandations de bonnes pratiques.

Mise en place de banques de données – Recherche d'informations dans les bases de données bibliographiques.

Recueil d'informations sur les recherches conduites en kinésithérapie et dans les disciplines en rapport avec les problématiques rencontrées en kinésithérapie.

Développement de collaborations pluridisciplinaires

Développement de collaborations avec les structures et centres de recherche : sociétés savantes, équipes de recherche universitaires…

Développement des collaborations multicentriques.

Développement de collaborations internationales de recherche.

10. **Formation et information des professionnels et des futurs professionnels**

Participation à des programmes de DPC (développement professionnel continu)

Engagement dans des programmes de DPC conformes aux orientations nationales, aux méthodes et modalités validées par la HAS et mis en œuvre par un organisme enregistré auprès de l'OGDPC (organisme gestionnaire du développement professionnel continu) et évalué favorablement par la commission scientifique compétente.

Participation à une action d'analyse de pratiques.

Acquisition ou approfondissement des connaissances et/ou compétences.

Suivi des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Participation à la certification de l'établissement de santé ou de la structure.

Mise en application des recommandations professionnelles en masso-kinésithérapie.

Évaluation de technologies de santé en lien avec la masso-kinésithérapie.

Recherche et mise en œuvre de critères d'évaluation pour améliorer la pratique professionnelle.

Mise en œuvre d'actions de formation ou d'information

Recueil d'informations sur les besoins en formation des professionnels de santé.

Organisation d'actions de formation dans le cadre du DPC (développement professionnel continu).

Réalisation de séances d'information collective auprès de professionnels des institutions ou des services hospitaliers.

Formation de professionnels de santé sur des thématiques en lien avec la masso-kinésithérapie.

Formation des professionnels de santé au dépistage en vue d'une orientation adaptée en masso-kinésithérapie.

Réalisation de documents de référence, de posters, en vue de communication à l'intention de professionnels de santé, de patients ou d'associations.

Communication en langue anglaise dans des échanges professionnels nationaux et internationaux.

Mise en œuvre d'actions de formation initiale

Formalisation de séances de formation : contenu, thématique, modalités pédagogiques.

Animation et conduite de séances de formation à destination des étudiants en masso-kinésithérapie ou des professionnels.

Évaluation des séances de formation.

Intervention au sein d'équipes pédagogiques.

Participation à des séances de suivi pédagogique.

Réalisation d'évaluation des compétences acquises par l'étudiant.

Démonstration d'interventions et présentation d'exemples cliniques dans un but pédagogique.

Participation à des conseils pédagogiques et autres instances pédagogiques.

Accueil, accompagnement des étudiants et des futurs professionnels

Organisation, accueil, information, conseils aux stagiaires masseurs-kinésithérapeutes ou aux nouveaux professionnels.

Rédaction de livret d'accueil, projet et protocole d'encadrement…

Accompagnement, suivi et tutorat des étudiants en stage.

Réalisation de séances d'analyse réflexive des situations rencontrées en stage par les étudiants.

Lecture, supervision et accompagnement des travaux de recherche menés par les étudiants en masso-kinésithérapie.

Évaluation des connaissances et des savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage.

Participation à des jurys de mémoires des étudiants en masso-kinésithérapie.

Participation à différents jurys : examens, concours, stages, validation des acquis de l'expérience (VAE)…

ANNEXE II

DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

Référentiel de compétences

Compétences

1. **Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique**

2. **Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation**

3. **Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage**

4. **Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie**

5. **Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie**

6. **Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie**

7. **Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle**

8. **Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques**

9. **Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources**

10. **Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs**

11. **Informer et former les professionnels et les personnes en formation**

Compétences détaillées

Compétences 1

Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique

1. Apprécier dès la prise de contact le degré d'urgence et la gravité d'un trouble à partir des éléments et des moyens à disposition du masseur-kinésithérapeute, ainsi que les risques inhérents à une prise en charge en masso-kinésithérapie.
2. Repérer et analyser la plainte et les attentes du patient et/ou de son représentant légal ou le tiers de confiance.
3. Rechercher, analyser et interpréter les différentes catégories de données nécessaires à l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique.
4. Adapter le questionnement anamnestique aux hypothèses induites par les informations collectées auprès du patient.
5. Élaborer une démarche diagnostique à partir des éléments recueillis au cours de l'entretien relatif à la plainte et à l'anamnèse.

6. Identifier les étapes, les modalités et les outils nécessaires à la réalisation du bilan masso-kinésithérapique et les éléments d'information indispensables pour analyser la situation du patient.
7. Organiser, planifier et réaliser le bilan masso-kinésithérapique et le bilan d'évolution.
8. Explorer les structures et les fonctions : observer, palper, mesurer des paramètres biométriques, physiologiques en utilisant les tests et outils appropriés.
9. Structurer, hiérarchiser, synthétiser et interpréter les informations pour résoudre des situations complexes.
10. Émettre une ou plusieurs hypothèses diagnostiques à partir de la synthèse des informations collectées et des éléments perçus au cours de la rencontre.
11. Compléter et/ou réorienter l'évaluation en cours de bilan, si nécessaire, en fonction de ces hypothèses formulées.
12. Élaborer un diagnostic kinésithérapique précisant le type de difficulté, dysfonctionnement, déficience, leur spécificité ou non et leur évolution probable à partir du relevé des capacités du patient et du degré de sévérité de ses difficultés/dysfonctionnements et en sélectionnant les terminologies adéquates parmi les termes diagnostiques en usage en masso-kinésithérapie.
13. Réaliser un diagnostic kinésithérapique s'appuyant notamment sur un diagnostic différentiel.
14. Émettre et réajuster un pronostic kinésithérapique à partir du diagnostic réalisé, de la difficulté ou du disfonctionnement constaté, son degré de sévérité, des hypothèses d'évolution probable des troubles et des effets attendus de l'intervention en masso-kinésithérapie.
15. Évaluer la pertinence de l'intervention en masso-kinésithérapie.
16. Rédiger un compte rendu du bilan masso-kinésithérapique en respectant la réglementation en vigueur.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Appréciation du degré d'urgence et de gravité	Les principaux signes d'alerte sont identifiés et priorisés. Les risques iatrogènes sont identifiés. Le questionnement est adapté et tient compte des éléments d'informations apportés par le patient ou le professionnel de santé. Les informations sont hiérarchisées en fonction de critères d'objectifs précis. La proposition de prise en charge en masso-kinésithérapie ou de réorientation est adaptée. Les éléments justifiant une prise en charge en urgence sont identifiés et expliqués.
2) Qualité de l'anamnèse : pertinence et exhaustivité des données au regard de la situation de la personne ou du groupe	Les demandes et les attentes de la personne ou de l'institution sont prises en compte. Les données disponibles (anamnèse, informations issues du dossier médical, imagerie médicale, examens médicaux, audiogrammes, …) sont comprises, explicitées et prises en compte. Les informations clés sur le patient et son entourage sont recherchées et identifiées : – les connaissances du patient et/ou de son entourage sur ses troubles ; – les habitudes de vie du patient, son histoire et son rapport à son histoire ; – les traitements en cours, résultats d'examens médicaux ; – les aides et adaptations dont bénéficie le patient ; – la qualité de vie du patient et de son entourage ; – les interactions du patient avec son environnement et avec le masseur-kinésithérapeute. Le choix des informations est pertinent. Les éléments explicites et implicites composant la plainte sont identifiés. Les répercussions et le retentissement du trouble sur la vie quotidienne, l'environnement et l'état psychologique du patient sont identifiés. L'impact des contextes sociaux-économiques, professionnels, environnementaux est pris en compte en fonction de la situation. Les besoins d'informations ou de connaissances complémentaires, notamment sur une pathologie, sont repérés. La nécessité d'investigations complémentaires est évaluée et expliquée.

3) Modalités d'entretien, d'observation, d'examen, de tests, mesures et épreuves conformes aux bonnes pratiques et adaptées à la situation	Le recueil des informations est réalisé dans le respect de l'éthique, de la déontologie et des règles professionnelles. Le choix des outils d'investigation et les modalités d'examen tiennent compte de l'état du patient, de sa demande et de ses réticences. Les outils d'investigation sont adaptés à chaque patient, à sa pathologie et son degré d'évolution. Le niveau de vigilance, de compréhension du patient et son degré de coopération sont évalués. Le déroulement de l'entretien et des évaluations est adapté à la situation. Les questions adéquates et pertinentes sont posées et contextualisées. Les outils adéquats d'investigation sont choisis. Les procédures et outils utilisés sont validés et la qualité du système de mesure vérifiée. Les échelles et indicateurs de mesures utilisés sont adaptés. Les sources d'information sont analysées de façon systématique et exhaustive (fiabilité, validité). Les tests et mesures sont réalisés correctement. Les spécificités des appareils de mesure sont maîtrisées. Les observations et explorations sont réalisées conformément aux bonnes pratiques. L'entretien, les observations, examens, tests et mesures choisis permettent de recueillir toutes les informations nécessaires. Les supports de transcription sont adaptés.
4) Justesse et pertinence des données observées et mesurées	Les critères sélectionnés déterminent une logique structurelle de l'information. Les informations utiles sont reconnues. Les résultats des tests et mesures sont exacts. La restitution du contenu des informations est exacte.
5) Qualité de l'analyse diagnostique	Les informations sont structurées, hiérarchisées et synthétisées. La structuration des informations est adaptée à la situation. Les résultats sont pris en compte et intégrés à la réflexion dans leur exhaustivité. Les résultats sont interprétés avec pertinence eu égard à la situation du patient. Les erreurs ou les sources de biais sont repérées, évaluées et intégrées dans le processus de réflexion. Des liens sont faits entre l'observation et la connaissance. L'ensemble des connaissances est mobilisé. Les sciences fondamentales et biomédicales sont exploitées et mises en lien à l'appui des hypothèses envisagées. Les théories sont transposées et adaptées à la situation. La problématique est analysée. Des hypothèses pertinentes sont élaborées. Une prise de recul est manifestée. Le point de vue est argumenté. Le ou les problèmes sont formulés de manière pragmatique dans la perspective de la conception du plan de soin.

Compétence 2

Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation

1. Élaborer une stratégie d'intervention, définir et hiérarchiser à court, moyen et long terme les objectifs thérapeutiques en fonction des résultats du bilan masso-kinésithérapique, des besoins et des demandes du patient.
2. Prévoir les mesures appropriées dans le champ de la masso-kinésithérapie en situation d'urgence ou de crise, en référence aux normes et protocoles existants.
3. Identifier les conditions nécessaires à la mise en œuvre d'un projet thérapeutique construit en accord avec le patient ou son entourage.
4. Identifier et mesurer les obstacles à la mise en œuvre du projet thérapeutique et définir les solutions envisageables.
5. Définir le calendrier et les modalités de mise en œuvre du projet thérapeutique.
6. Déterminer les matériels, équipements et locaux nécessaires à l'intervention en masso-kinésithérapie.
7. Sélectionner les méthodes thérapeutiques, systèmes de facilitation, compensation, aides techniques et humaines, systèmes alternatifs, adaptés aux besoins et aux demandes du patient et/ou de son entourage.
8. Identifier, proposer et définir des adaptations et aménagements dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant d'améliorer la sécurité, la qualité de vie, l'autonomie du patient et de son entourage.

9. Identifier les interventions à conduire auprès du patient et/ou de son entourage dans le cadre du projet thérapeutique en tenant compte du projet individuel du patient, de ses capacités de compréhension, d'investissement et d'appropriation.

10. Identifier les professionnels concernés par la mise en œuvre du projet thérapeutique.

11. Définir les critères, les échéances, les outils d'évaluation permettant un suivi du patient à partir des axes thérapeutiques choisis.

12. Formaliser par écrit le projet thérapeutique en masso-kinésithérapie en argumentant ses choix et ses pratiques.

13. Évaluer l'état du patient, de son environnement et leurs évolutions tout au long du projet thérapeutique.

14. Analyser les écarts avec les résultats attendus et réajuster le projet thérapeutique en conséquence.

15. Créer et utiliser des outils de transmission de l'information avec les partenaires et les acteurs concourant au soin des personnes.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	**Indicateurs:** Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de la définition des objectifs du projet et conception du projet de soin	Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec les résultats du bilan masso-kinésithérapique Les objectifs thérapeutiques sont en adéquation avec le projet de soins global et les attentes du patient Les objectifs thérapeutiques sont accessibles pour le patient et le masseur-kinésithérapeute, identifiables et inscrits dans le temps. Les choix effectués en termes de priorisation à court, moyen et long terme des objectifs prennent en compte: – la pathologie du patient; – la gravité des troubles et des difficultés et leur potentiel d'évolution; – les besoins et les attentes du patient; – le degré d'adhésion du patient au projet thérapeutique; – les capacités physiques et matérielles du patient; – l'environnement du patient. Le projet thérapeutique est élaboré, formalisé et argumenté avec la personne soignée, il comprend les objectifs de soin priorisés, les moyens thérapeutique et les étapes et évaluations.
2) Pertinence du choix des interventions et de leurs modalités de mise en œuvre	Les outils et modalités d'intervention retenus sont réalistes au regard des capacités du patient. Les outils et modalités d'intervention retenus sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques et les attentes du patient, notamment au regard de ses capacités d'observance, d'investissement et d'appropriation. La prise en charge est coordonnée avec les autres acteurs de santé. Des outils de transmission, des supports d'évaluation et de communication avec les autres acteurs de santé sont formalisés. Les interventions à conduire auprès de l'entourage du patient sont identifiées. Les outils et modalités d'intervention sont correctement ciblés en référence aux priorités de l'intervention. Les dispositifs de prise en charge: protocoles, techniques, outils et modalités d'intervention sont adaptés en fonction des intérêts, réticences, réactions exprimées par le patient et/ou son entourage. La pertinence de la programmation de séances individuelles ou collectives est évaluée et explicitée. La structure de prise en charge et ses équipements, sont en adéquation avec le projet thérapeutique défini. Un dispositif d'urgence est envisagé en cas de nécessité. Les indications et modalités de recours à d'autres professionnels sont identifiées et explicitées. Les aménagements et adaptations nécessaires au patient ainsi que leurs modalités de financement sont identifiés, explicités auprès du patient et de son entourage et argumentées auprès des interlocuteurs compétents.
3) Pertinence et de l'adéquation du projet thérapeutique	Le projet est élaboré conformément aux normes éthiques en vigueur, il respecte la personne et ses valeurs. Le contexte est pris en compte. Le projet thérapeutique est présenté au patient de manière claire et adaptée. L'échéancier de la prise en charge, en fréquence de séances et en temps, est réaliste et clairement expliqué. L'adhésion du patient au projet de soins et aux objectifs du traitement est recherchée. L'expression du patient vis-à-vis du projet thérapeutique, ses résistances sont prises en compte. Le projet de soin et les modalités de mise en œuvre sont ajustés en fonction du feed-back du patient. Le dispositif répond aux besoins et à la situation. L'innocuité du dispositif ou du protocole est contrôlée. Les arguments permettant d'accompagner le patient et/ou l'entourage dans l'acceptation de son trouble et des moyens techniques mis à sa disposition sont identifiés.

4) Pertinence du suivi de l'évolution du patient et de l'évaluation du projet	La définition des modalités de suivi du patient (objectifs d'étape, bilans d'évolution…) est cohérente avec le projet thérapeutique défini. Les objectifs d'étape sont en adéquation avec les objectifs thérapeutiques et réévalués en fonction de l'évolution de la situation de soin. Les objectifs d'étape définis sont réalistes, atteignables et définis dans le temps. Le choix des outils d'évaluation est adapté aux caractéristiques du patient, de sa pathologie et de son évolution, et fonction du projet thérapeutique. Les outils d'évaluation sont mis en œuvre de manière adaptée. Le transfert des acquis de la prise en charge dans la vie du patient est évalué, favorisé, pris en compte et partagé avec les autres professionnels de santé. L'ensemble des éléments nouveaux apparaissant en cours de la prise en charge est pris en compte. Les données qualitatives et quantitatives obtenues dans le cadre du bilan d'évolution et des actions d'évaluation sont comparées aux données du bilan initial. L'analyse comparative de ces données met en évidence l'évolution du patient et les caractéristiques de cette évolution. Les données recueillies dans le cadre de cette analyse sont comparées aux résultats attendus et les écarts sont identifiés. Les données obtenues dans le cadre de cette analyse sont présentées au patient et/ou à son entourage. L'expression du patient et/ou de l'entourage vis-à-vis des résultats obtenus est prise en compte dans le réajustement de l'intervention. Les éléments permettant d'infirmer ou de confirmer le diagnostic kinésithérapique sont recherchés, évalués et pris en compte dans la conduite des soins. Les objectifs thérapeutiques sont réajustés en cours d'intervention. Des aménagements sont proposés, le cas échéant, et leur acceptation par le patient est évaluée.

Compétence 3

Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage

1. Intégrer les politiques de santé et les priorités de santé publique dans sa pratique professionnelle, et proposer des démarches de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage.
2. Placer le patient en qualité de coauteur, de codécideur des objectifs, des moyens de soins et de gestion de sa santé.
3. Acquérir et développer une posture éducative, notamment pour élaborer des objectifs partagés avec le patient et/ou son entourage.
4. Conduire une démarche d'éducation thérapeutique ou d'éducation à la santé, de prévention et de dépistage à partir d'un diagnostic éducatif, en identifiant les besoins d'apprentissage du patient, des personnes et des groupes et les actions à entreprendre.
5. Concevoir, choisir et utiliser des outils pédagogiques adaptés et gérer l'information et les documents nécessaires au suivi de la maladie, particulièrement dans le cadre des maladies chroniques.
6. Intégrer et coordonner ses actions éducatives dans le cadre de programmes pluridisciplinaires avec les partenaires de santé.
7. Évaluer les effets de la démarche d'éducation thérapeutique, d'éducation, de prévention ou de dépistage et définir et mettre en œuvre les réajustements nécessaires.
8. Concevoir des protocoles kinésithérapiques dans le cadre de la prise en charge pluriprofessionnelle et coordonnée des pathologies chroniques, des polypathologies ou pathologies complexes.
9. Dépister et prévenir des problèmes de santé dans le champ de la masso-kinésithérapie, repérer et analyser les situations susceptibles d'entraîner des dysfonctions et des déficiences chez la personne ou des groupes de personnes.
10. Élaborer et organiser des actions de prévention, dépistage, conseils et formation de populations ciblées, notamment en lien avec les priorités de santé publique.
11. Conduire des actions d'entraînement des patients et /ou de leur familles en vue de leur permettre de s'approprier les techniques d'intervention proposées par le masseur-kinésithérapeute.
12. Accompagner par des techniques de communications appropriées, le patient et/ou son entourage vers des changements de comportement, de modes de vie et d'habitude en prenant mieux en compte sa santé.
13. Conseiller, informer ou former à la prévention en masso-kinésithérapie les professionnels et les autres partenaires en fonction de leurs responsabilités.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Prise en compte des priorités de santé publique dans les actions d'éducation, de prévention et de dépistage	Les politiques de santé publique sont connues, notamment les plans et les priorités. Les institutions et structures impliquées en santé publique sont identifiées. Les actions d'éducation, de dépistage et de prévention tiennent compte des priorités de santé publique, des structures et acteurs impliqués, ainsi que des directives et protocoles édictés dans ce domaine. Les personnes ou groupe de personne sont inclus de façon pertinente.
2) Qualité de la posture éducative du masseur-kinésithérapeute	Une démarche proactive est adoptée. Les signes d'appel et dysfonctions sont perçus. Les aspects cliniques et paracliniques sont intégrés dans le raisonnement pour dépister les problèmes de santé. Les résultats cliniques et paracliniques sont interprétés et pris en compte. Les processus d'apprentissage sont identifiés. Leur mise en œuvre est structurée et tient compte des aptitudes et besoins du patient. La relation éducative est adaptée au niveau de communication du patient. La participation active du patient est recherchée et sa prise de décision éclairée favorisée. Un recul réflexif est exercé dans une vision systémique.
3) Pertinence de l'analyse des besoins	Les besoins des patients, de leur entourage et des groupes cibles sont identifiés, le cas échéant en faisant appel aux compétences d'autres professionnels. Les pathologies à risque, les milieux, les situations, les populations sont identifiées et analysés. Les risques liés aux troubles susceptibles d'être traités en masso-kinésithérapie sont repérés et identifiés. Les risques spécifiques aux populations ou groupes étudiés sont repérés.
3) Pertinence de l'analyse des besoins	Les besoins en matière d'acquisition de compétences, de gestes techniques, d'aménagement de l'environnement et d'adaptation à l'environnement liés aux troubles du patient sont identifiés avec le patient et/ou son entourage. Des objectifs d'intervention en éducation thérapeutique, accompagnement, dépistage ou prévention sont formulés en cohérence avec les besoins des patients, de leur entourage ou des populations cibles.
4) Pertinence de la démarche éducative ou d'accompagnement	Les situations dans lesquelles le recours à l'éducation thérapeutique est pertinent sont identifiées. Le problème de santé est intégré dans sa globalité. L'environnement de la personne est analysé. Un diagnostic éducatif est réalisé avec le patient en partenariat avec les autres professionnels de santé. Les conditions permettant au patient et/ou à son entourage d'apprendre à gérer son traitement, et d'adapter son mode de vie sont clairement explicitées. Ces conditions sont en cohérence avec le mode de vie et les capacités du patient. Les ressources sanitaires, sociales et économiques mobilisables par le patient et/ou son entourage sont identifiées et prises en compte. La capacité du patient à comprendre sa maladie et à expliquer comment il adapte son mode de vie en conséquence est mesurée. La démarche éducative ou d'accompagnement est adaptée à sa cible. Une surveillance active est assurée et relayée. La surveillance est modulée en fonction de l'évolution des paramètres. Les moyens de surveillance et de sécurisation sont mis en place en réponse aux besoins. Les paramètres physiques et physiologiques sont intégrés pour réguler l'intervention. Les signaux d'appel sont exploités. La démarche éducative, de conseil ou de prévention est réalisée en partenariat avec les autres professionnels de santé. Les collaborateurs adéquats sont identifiés. La prise en charge éducative est coordonnée avec les autres professionnels de santé. Les échanges sont argumentés. Un suivi thérapeutique cohérent est assuré en partenariat avec les autres acteurs. La limite des compétences est identifiée, ainsi que le cadre de référence des autres acteurs. Les aidants naturels, entourage familial, sont associés à la démarche éducative. La démarche éducative ou d'accompagnement respecte la législation et la réglementation en vigueur.
5) Pertinence du choix des outils pédagogiques	Le choix des supports et des outils pédagogiques est cohérent avec les objectifs de l'action, les caractéristiques de la population cible et son environnement. Les dispositifs d'aide sont adaptés en fonction des réticences, des peurs ou des réactions de défense du patient et/ou de son entourage. Le choix et les conditions de mise en œuvre des outils pédagogiques sont élaborés en lien avec les autres professionnels intervenant auprès du patient. Cette adaptation est inscrite dans le cadre d'un accord partenarial entre patient, entourage et professionnels en charge du patient.

6) Pertinence des outils et des actions de dépistage et de prévention mis en œuvre	Les règles déontologiques et d'éthique professionnelle spécifiques aux actions de prévention ou de dépistage en masso-kinésithérapie sont identifiées et respectées. La pertinence de l'intervention du masseur-kinésithérapeute dans les actions de dépistage ou de prévention envisagées est identifiée. Les éléments clés du cahier des charges fourni au masseur-kinésithérapeute sont identifiés et pris en compte. Le choix des outils de dépistage est adapté aux objectifs de l'action de dépistage et/ou de prévention Des outils de dépistage adaptés aux objectifs des actions et aux caractéristiques des personnes ou populations ciblées sont élaborés. L'approche se réfère aux connaissances et bases de données scientifiques. Des solutions alternatives sont prévues le cas échéant. Des documents sont élaborés concernant la prévention, l'éducation et le suivi de la maladie. Le choix et les conditions de mise en œuvre des outils de dépistage ou de prévention est réalisé en lien avec les autres professionnels intervenant auprès des populations cibles. La place et les limites du champ d'intervention du masseur-kinésithérapeute dans le cadre des actions de prévention et de dépistage sont clairement explicitées. Les actions à mettre en place ou les informations à délivrer en fonction des résultats du dépistage ou de l'action de prévention sont clairement explicitées.
7) Mesure des effets de la démarche d'éducation, de prévention ou de dépistage	Les effets des actions mises en œuvre sont évalués de manière adaptée. Le plan de traitement intègre des indicateurs de type SMAART. Les actions sont réajustées en fonction des résultats. Un suivi est proposé sur le long terme.

Compétence 4

Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie

1. Organiser et adapter les conditions d'accueil et d'utilisation des locaux et des équipements nécessaires au bon déroulement de la séance.
2. Identifier les risques iatrogènes de l'intervention en masso-kinésithérapique.
3. Repérer les risques intéressant la personne ou le professionnel, liés à l'activité masso-kinésithérapique et déterminer les mesures préventives.
4. Planifier les activités et les priorités, définir le contenu de la séance en fonction des avancées du projet thérapeutique.
5. Évaluer l'état psychologique du patient, sa motivation et son évolution au cours des séances.
6. Informer la personne, construire avec elle la séance, recueillir son adhésion aux actes thérapeutiques.
7. Mettre en œuvre l'intervention masso-kinésithérapique par des gestes, des techniques, des méthodes, un accompagnement et des supports adaptés au patient et à sa pathologie.
8. Adapter les protocoles et la durée de la séance en fonction de l'évolution de la situation clinique du patient et de ses réactions.
9. Sélectionner et mettre en place des conduites et compensations dans le champ de la masso-kinésithérapie permettant au patient de dépasser sa situation de handicap.
10. Prescrire les aides techniques adaptées à la pathologie traitée dans le respect de la réglementation et des recommandations.
11. Concevoir et conduire une séance de groupe seul ou en coanimation.
12. Analyser le déroulement de la séance, évaluer ses résultats obtenus et intégrer les adaptations nécessaires au projet thérapeutique.
13. Enregistrer les données relatives aux séances réalisées dans le respect de la déontologie et de la réglementation.
14. Assurer la traçabilité des soins en kinésithérapie dans le respect de la déontologie et de la réglementation.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	**Indicateurs:** Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'organisation de la séance	Le lieu de la séance est organisé en fonction des caractéristiques et des besoins du ou des patients. Les objectifs de la séance individuelle sont déterminés et/ou réajustés en tenant compte des objectifs d'étape de la prise en charge, de l'évolution du patient, de sa plainte, de sa motivation, de ses capacités et des contraintes sociales. Les objectifs d'une séance de groupe sont élaborés en fonction des objectifs thérapeutiques individuels. Un planning de travail précis est élaboré en accord avec le patient et en coordination avec les autres intervenants. Le choix de la constitution du groupe de patients est explicité. Les moyens d'atteindre les objectifs de la séance sont identifiés. Les risques inhérents à l'état du patient et aux activités proposées sont identifiés et mesurés. Les mesures préventives afin de limiter les risques sont identifiées et mises en œuvre. Les équipements, outils et matériels nécessaires à la séance sont identifiés. Les équipements, outils et matériels nécessaires à la séance sont préparés, adaptés ou élaborés.
2) Pertinence de la mise en œuvre de l'intervention	La mise en œuvre du traitement respecte les principes éthiques et déontologiques. Les valeurs de la personne sont respectées (pudeur, intimité, vie privée, convictions…). Les règles de sécurité, d'ergonomie et d'hygiène sont respectées. Les indications et contre-indications des techniques sont identifiées. Les règles d'utilisation des outils sont respectées et leur innocuité assurée. Les actes, outils et techniques se réfèrent à des normes et/ou standards validés, à l'EBP et aux consensus qualitatifs. Les protocoles, procédures et recommandations existants sont respectés. Les techniques exploratoires, gestes et techniques de rééducation ou de réadaptation sont liés à la sphère et au domaine de compétence des masseurs-kinésithérapeutes. Le choix des procédures et techniques est pertinent et cohérent en fonction du projet de soin. Les gestes, techniques et méthodes d'intervention employés sont adaptés au patient, à sa pathologie, à son âge, à sa culture et à son milieu socioculturel. La procédure et les techniques sont adaptées en fonction de la prise en charge pluridisciplinaire. Les gestes, techniques, équipements, outils et appareillages nécessaires aux examens, à la prise en charge et à la sécurité du patient sont mis en œuvre de manière adaptée. Les mesures sont précises et exactes. Les données sont recueillies et analysées de manière méthodique. Les gestes sont réalisés avec dextérité. La situation et son évolution sont observées et analysées avec minutie. Des initiatives cohérentes et pertinentes sont prises dans le cadre des compétences des masseurs-kinésithérapeutes. Les méthodes, techniques et outils sont diversifiés. Les techniques sont adaptées en fonction de l'environnement de travail. Le suivi du traitement, de l'application ou de la stratégie est assuré.
3) Pertinence de la conduite de séance	Les objectifs de la séance sont explicités au patient. Le vocabulaire technique et professionnel est utilisé de manière pertinente et compréhensible par le patient. Les moyens employés découlent du plan de traitement initialement projeté et de ses actualisations afférentes à l'évolution du patient. Le contenu de la séance est synthétisé dans le dossier du praticien. Le compte rendu de séance reprend les objectifs initiaux de la séance, le matériel utilisé, les résultats quantitatifs et qualitatifs, ainsi que la motivation du patient. Des gestes de premier secours sont éventuellement mis en œuvre en cas de risque vital chez le patient. La décision de poursuite ou d'arrêt d'un traitement repose sur les conclusions des évaluations, sur les observations cliniques et sur l'accord du patient ou de son entourage.
4) Cohérence du contenu en lien avec le déroulement de la séance **Les indicateurs sont un peu redondants avec ceux du critère 2**	Les aptitudes fonctionnelles du patient sont identifiées. Les fonctions déficitaires sont sollicitées et entraînées de manière adaptée dans différentes situations et différents contextes de soin. Des recommandations thérapeutiques sont formulées au patient et/ou à son entourage en vue d'un transfert et/ou d'un entraînement entre les séances. Les gestes, techniques et méthodes de prise en charge sont expliquées et mises en œuvre dans le respect des recommandations professionnelles. L'état du patient est évalué à son arrivée et pris en compte au cours de la séance: des réajustements sont effectués au besoin. Le choix des techniques, matériels, équipements et outils d'intervention, ainsi que la méthode, sont adaptés en fonction de l'état du patient, de sa demande et de ses réticences. L'évolution de l'état psychologique et attentionnel du/des patients au cours de la séance est identifié et pris en compte. Les modalités d'utilisation des techniques, équipements, outils et méthodes sont maîtrisées par le masseur-kinésithérapeute. En séance de groupe, la prise en charge est adaptée de manière individuelle à chaque patient. Les effets des interactions entre les patients lors d'une séance de groupe sont identifiés et pris en compte.

5) Qualité de l'analyse de l'évolution du patient	Les effets des séances sur la vie quotidienne du patient sont identifiés et évalués. Les pratiques sont ajustées en fonction du feed-back, des objectifs et des moyens utilisés. Le processus est ajusté de façon responsable et appropriée. L'adéquation et la continuité du processus sont assurées. La mise en pratique des recommandations préconisées par le masseur-kinésithérapeute est vérifiée et éventuellement ajustée. Les données recueillies et les observations réalisées par le masseur-kinésithérapeute sont comparées d'une séance à l'autre. Les données transmises par le patient, son entourage et/ou les autres professionnels d'une séance à l'autre sont prises en compte. Les points forts et faibles, les acquis et les progrès sont identifiés. L'évolution des compétences et des anomalies touchant le patient est évaluée dans différentes situations et contextes et la prise en charge réajustée. Des outils et moyens d'évaluation de la qualité sont conçus et mis en œuvre.
6) Conformité de la traçabilité et de la transmission d'informations relatives au patient et à sa prise en charge masso-kinésithérapique	La traçabilité des données relatives aux séances et aux soins est réalisée conformément aux règles de déontologie, en tenant compte du cadre d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes (libéral ou salarié) et de la règlementation. Cet enregistrement est réalisé en référence à la nature des interventions conduites au cours de la séance. Le canevas et la démarche sont explicites. Le contenu est pertinent. Les termes adéquats sont utilisés. Le point de vue est argumenté. Des hypothèses sont élaborées. Les problématiques sont claires, pertinentes et explicitées. Le contenu est contextualité et actualisé en référence aux données scientifiques les plus récentes. Les conditions d'utilisation et de diffusion des données de la prise en charge masso-kinésithérapique dans le cadre des coopérations professionnelles, de formation ou de recherche, sont conformes aux règles de déontologie et à la règlementation. Le masseur-kinésithérapeute recueille l'accord écrit du patient ou de ses tuteurs légaux.

Compétence 5

Établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie

1. Accueillir, écouter et instaurer une relation de confiance avec le patient, son entourage ou le groupe.
2. Développer une relation de partenariat avec la personne soignée.
3. Adapter sa communication, la nature des informations communiquées au patient et son comportement en fonction des caractéristiques du patient, de son état psychologique et de sa motivation.
4. Expliquer au patient les effets attendus, les risques et les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie, en prenant en compte sa pathologie, son niveau de connaissances, ses représentations, son environnement social, professionnel et culturel, son niveau de langage, ses attentes pronostiques et son état psychologique.
5. Expliquer le déroulement de la prise en charge masso-kinésithérapique et s'assurer de sa compréhension par le patient et son entourage.
6. Négocier et construire les modalités de l'intervention avec le patient et/ou son entourage en fonction des objectifs du projet thérapeutique.
7. Faciliter, développer et analyser les interactions entre les participants d'une séance de groupe.
8. Rechercher et/ou maintenir les alliances thérapeutiques avec le patient tout au long de l'intervention.
9. Responsabiliser la personne, la famille, l'entourage quant à l'importance de leur participation à la prise en charge thérapeutique et établir une relation de partenariat.
10. Soutenir la personne, la famille et/ou l'entourage tout au long de la prise en charge thérapeutique.
11. Établir une relation d'aide vis-à-vis du patient.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	**Indicateurs:** Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Mise en place d'une relation de confiance et de partenariat avec le patient	Les compétences relationnelles du masseur-kinésithérapeute sont identifiées au travers de: – la prise en compte de la spécificité du patient; – la mise en place d'une communication adaptée; – la qualité d'écoute: attentive, neutre et bienveillante; – la recherche d'expression du patient. La communication est ajustée à l'interlocuteur et au contexte. Le contexte, les réactions et les besoins de la personne soignée sont prises en compte. Les valeurs de la personne sont respectées. Les droits du patient sont respectés. Les questionnements éthiques sont repérés et explicités. Le cadre déontologique de l'intervention est respecté. Les informations délivrées au patient sur sa pathologie, les objectifs et la mise en œuvre du traitement, l'organisation de la structure et sur l'environnement sont de nature à permettre au patient de prendre une part active à son traitement et à la gestion de sa pathologie de façon adaptée.
2) Pertinence de l'analyse de la dimension relationnelle au cours de la situation de soin en masso-kinésithérapie	Les conditions permettant de mettre en confiance le patient et d'instaurer un respect réciproque sont recherchées et explicitées tout au long de la relation de soin. Les attentes exprimées et les réactions du patient et/ou de son entourage sont prises en compte. Les conditions de déroulement et les objectifs des activités prévues lors de la séance sont explicités clairement. Un consensus est recherché avec le patient sur les modalités de l'intervention. Les droits et devoirs du patient sont expliqués. Les modalités de réalisation du bilan, ses résultats, le diagnostic masso-kinésithérapique sont expliqués. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les propos sont argumentés dans un respect mutuel. Les niveaux de réceptivité, de compréhension et d'adhésion, les réactions et comportements du patient ou du groupe de personnes sont repérés, analysés et pris en compte. Les besoins du patient sont repérés, pris en compte et réévalués régulièrement. Les informations dont la diffusion nécessite une attention ou des conditions particulières sont identifiées. L'importance des attentes pronostiques du patient et de l'entourage est analysée et prise en compte. L'impact des paroles, écrits, gestes, attitudes et comportements est mesuré et assumé. L'écart entre le ressenti du patient et la perception du trouble par le masseur-kinésithérapeute est pris en compte. La disponibilité du thérapeute est maintenue tout au long de la séance. Une distance thérapeutique est instaurée et respectée.
3) Cohérence et adaptation du mode de communication utilisé à la situation de soin	Les modes de communication verbale et non verbale utilisés sont adaptés à la personne ou au groupe de personnes. Une reformulation est proposée selon les besoins du patient et de son entourage. Les éléments de la communication sont décomposés le cas échéant pour clarifier le propos. Les échanges sont ciblés et exhaustifs. L'anamnèse est menée. Une terminologie adéquate et spécifique au contexte est utilisée. Les explications sont réitérées au cours de l'intervention masso-kinésithérapique. Une attitude bienveillante pour soutenir et encourager le patient est adoptée. Les éléments clefs à prendre en compte et les comportements à adopter lors des situations relationnelles difficiles sont identifiés.

Compétence 6

Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie

1. Rédiger un bilan ou rendre un avis dans un cadre médico-administratif.
2. Identifier et sélectionner les textes législatifs et réglementaires en vigueur afférents aux déficiences, incapacités, handicap.
3. Sélectionner et conseiller le matériel adapté aux déficiences, incapacités, handicap.
4. Construire des méthodes et outils d'enquête adaptés aux problèmes posés en santé publique dans le domaine de la masso-kinésithérapie dans différents contextes.
5. Conseiller les partenaires dans le cadre d'actions entreprises dans le domaine de l'ergonomie physique, de la prévention des troubles musculo-squelettique, des pathologies cardio-vasculaires, des accidents sportifs, etc.
6. Présenter, expliciter et argumenter auprès des professionnels partenaires concernés les recommandations en masso-kinésithérapie.
7. Évaluer les besoins d'une personne et ses capacités à pouvoir effectuer certaines tâches ou activités personnelles, professionnelles ou sociales, avec aide ou sans aide humaine ou technique, à partir d'une analyse de dossiers et de bilans masso-kinésithérapiques.
8. Informer le patient sur l'attribution des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Pertinence dans la prise en compte du contexte de l'intervention	Les spécificités du contexte de l'intervention sont prises en compte. L'environnement législatif et réglementaire en vigueur est identifié et pris en compte. Les spécificités du contexte de l'intervention sont prises en compte dans la rédaction des avis, bilans et synthèses.
2) Pertinence de la méthodologie d'intervention	Le choix de la méthode d'intervention est pertinent. L'analyse des besoins est pertinente et fait appel à des outils et des méthodes adaptés. Les conseils délivrés sont adaptés aux besoins identifiés et cohérents avec le cadre d'intervention du masseur-kinésithérapeute. Le rôle et les limites de l'intervention du masseur-kinésithérapeute en matière de conseil sont identifiés.
3) Pertinence de l'argumentation	Les choix effectués et les préconisations formulées par le masseur-kinésithérapeute sont clairement explicités. Les arguments développés sont pertinents et adaptés.
4) Pertinence de l'information délivrée au patient	Les informations délivrées au patient sur les modalités d'obtention d'avantages sociaux auxquels son état pourrait lui donner droit sont pertinentes et explicitées.

Compétence 7

Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle

1. Développer son activité professionnelle avec un esprit critique et dans une démarche réflexive intégrant l'innovation.
2. Connaître et intégrer la démarche qualité à son activité professionnelle.
3. Identifier les tutelles, les organisations et structures administratives en charge de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que la réglementation en la matière.
4. Identifier et suivre les évolutions des connaissances scientifiques et empiriques et des pratiques professionnelles.
5. Analyser sa pratique professionnelle au regard de l'actualisation des connaissances, des valeurs professionnelles, de l'éthique, de la déontologie, des priorités de santé publique, de l'évolution des politiques de santé et des évolutions sociétales.
6. Adapter sa pratique professionnelle et réajuster ses interventions thérapeutiques en fonction de l'analyse effectuée, des évolutions identifiées et des résultats de la démarche qualité.
7. Développer ses connaissances théoriques et techniques dans les domaines des sciences, des outils d'intervention et des nouvelles technologies de l'information et de la communication.
8. Adapter et transférer ses savoirs et ses compétences dans différents contextes professionnels et différents modes d'exercice.
9. Confronter sa pratique professionnelle à celle de ses pairs, de l'équipe, ou d'autres professionnels.
10. Identifier les domaines de formation personnelle à développer visant l'amélioration de l'intervention en masso-kinésithérapie.
11. Rechercher les moyens de formation professionnelle et d'actualisation des connaissances, suivre des actions de formation afin d'optimiser sa pratique professionnelle, la qualité et la sécurité des soins, notamment des actions d'apprentissage collaboratif.
12. Analyser et évaluer sa formation.
13. Autoévaluer, mettre en lien et intégrer ses acquis.
14. Analyser les résultats et l'impact de la formation sur sa pratique professionnelle.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	**Indicateurs:** Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de l'analyse de la pratique professionnelle	Les valeurs professionnelles, la déontologie et l'éthique de la profession sont identifiées et intégrées à la pratique. Les sources d'information professionnelle permettant de suivre l'évolution du monde de la santé, de la société, des modèles de pratique professionnelle ainsi que des références théoriques sont identifiées. Une ouverture à la diversité de l'information est incluse dans la pratique professionnelle courante Les changements, la remise en question et les nouvelles approches professionnelles sont intégrés à l'évolution professionnelle. Les ressources sont actualisées et les nouvelles ressources exploitées au regard de l'évolution des données de la science. Les nouvelles connaissances sont intégrées aux acquis professionnels. Leurs impacts sur la pratique du masseur-kinésithérapeute sont identifiés. Le sens des règles et des normes admises est questionnée dans la pratique professionnelle et les acquis remis en question. La confrontation de la pratique professionnelle avec des pairs en groupe d'analyse de la pratique est recherchée.
2) Hiérarchisation des types d'information pris en compte dans l'évaluation des interventions	Les éléments devant être pris en compte dans l'évaluation des interventions masso-kinésithérapiques sont identifiés: réglementation, recommandations professionnelles (relatives à la qualité, l'ergonomie, la sécurité, l'hygiène, la traçabilité), résultats de la recherche scientifique, satisfaction des patients…
3) Pertinence de la démarche d'analyse critique concernant les interventions en masso-kinésithérapie	Les informations permettant de mener la démarche d'évaluation sont repérées et les modalités de mise à jour de ces informations sont identifiées. Les données de recherches empiriques (qualitatives et quantitatives) dans le champ de la santé publique et de la prévention sont identifiées et utilisées. Les théories et évolutions scientifiques sont prises en compte dans la formulation des hypothèses qui orientent le travail masso-kinésithérapique et la recherche. La démarche d'analyse des activités du masseur-kinésithérapeute est fondée sur les résultats des bases de données, conférence de consensus, travaux de recherche et d'analyse interprofessionnelle. Les axes et les moyens d'évolution sont identifiés: formation personnelle à développer, domaines d'intervention sur lesquels les efforts doivent porter, recherches bibliographiques à effectuer. Des améliorations des interventions sont proposées.
4) Pertinence de la démarche de développement professionnel continu	Les sources d'information sur les actions de formation professionnelle continue sont identifiées et mobilisées avec efficacité. Une dynamique proactive d'ouverture aux nouvelles approches professionnelles et aux nouveaux apprentissages est mise en œuvre. Les acquis dans un domaine sont étendus à l'ensemble de la sphère d'apprentissage (généralisation du processus). De nouvelles stratégies d'apprentissage sont initiées. De nouvelles méthodes de travail personnalisées sont mises en place. Un processus d'échange sur les stratégies est initié avec des pairs. Un lien entre la ou les actions de formation suivies et l'analyse des pratiques professionnelles est établi.

Compétence 8

Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques

1. Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques.
2. Conduire une recherche bibliographique.
3. Analyser et synthétiser les articles scientifiques et évaluer leur impact potentiel sur sa pratique professionnelle ou sur la recherche conduite.
4. Formuler un questionnement scientifique, permettant de dégager les objectifs de la recherche.
5. Élaborer un protocole de recherche.
6. Identifier les organismes à consulter et les rôles des partenaires mobilisables dans la cadre de la recherche.
7. Planifier et conduire une action de recherche de manière individuelle et en groupe.
8. Élaborer une communication orale et rédiger un rapport et un mémoire de recherche.
9. Communiquer en français et en langue étrangère par écrit et par oral sur la recherche réalisée.

Critères d'évaluation: Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée? Que veut-on vérifier?	**Indicateurs:** Quels signes visibles peut-on observer? Quels signes apportent de bonnes indications?
1) Pertinence de la démarche d'étude et de recherche dans son champ d'activités	La problématique est identifiée. Le cadre juridique et règlementaire est identifié. Les structures de référence sont identifiées. Le projet **d'étude et de recherche dans son champ d'activités** est structuré.

2) Qualité de la recherche d'informations	Les bases documentaires internationales sont utilisées. Les données scientifiques les plus récentes sont recherchées. Les partenaires institutionnels et associatifs clefs de l'action de recherche sont identifiés.
3) Pertinence de la méthode de recherche	L'objectif de la recherche est clairement identifié. Les informations sélectionnées sont adaptées à l'objectif de la recherche. Les informations et données sont actualisées, traitées et organisées. La méthode de recherche est expliquée avec clarté. Les méthodes utilisées sont conformes aux cadres méthodologiques de recherche énoncés par la communauté scientifique et aux cadres éthique et déontologique de la profession. Les outils d'enquêtes ou de recueil de données sont pertinents. Les informations collectées sont analysées selon les références théoriques nécessaires et les critères scientifiques en vigueur. L'analyse des informations permet d'aboutir à un résultat concret et cohérent avec les objectifs poursuivis. Le traitement des données qualitatives et/ou qualitatives sont pertinents. Les travaux sont adossés à l'expertise scientifique de membres de laboratoires de recherche ou de l'enseignement universitaire, ou à des masseurs-kinésithérapeutes (ou des professionnels de santé) ayant mené des travaux de recherche.
4) Conformité de la méthode de recherche avec les bonnes pratiques professionnelles	Le questionnement scientifique et la priorisation des objectifs de la recherche sont cohérents et pertinents. L'argumentation est fondée sur une démarche scientifique rigoureuse et des bases théoriques fondées et en lien avec les recommandations de la communauté scientifique. Les personnes et leur environnement sont respectés. Les règles et procédures sont respectées. La maîtrise des procédures de sécurité et des mesures de protection est assurée par tous les intervenants. Les intérêts et les limites pour la pratique professionnelle sont mentionnés.
5) Qualité de la production	Le résultat de la recherche est clair et accessible pour son public. La démarche de recherche et ses résultats sont explicités par écrit et par oral.

Compétence 9

Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources

1. Élaborer un projet de création et de fonctionnement d'une structure, d'un cabinet, en rapport avec des besoins de santé identifiés en veillant à la conformité avec la réglementation.
2. Mettre en place une organisation adaptée du point de vue logistique, équipement, personnel et de fonctionnement correspondant à l'offre de soin.
3. Contribuer au fonctionnement optimisé d'un cabinet ou d'une structure de masso-kinésithérapie.
4. Fédérer autour d'un projet dans une approche collaborative, en tenant compte des règles de gestion des ressources humaines en vigueur.
5. Prévoir un budget prévisionnel, réaliser le suivi et la gestion d'un budget.
6. Établir, suivre, archiver les éléments de gestion administrative et comptable d'un cabinet.
7. Veiller à la conformité des locaux, des installations et des matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes au regard des normes, de la réglementation et des objectifs d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité.
8. Organiser l'espace professionnel et le plateau technique utilisé par les professionnels.
9. Choisir le matériel adapté à la structure et aux activités de masso-kinésithérapie en rapport avec l'offre de soin et organiser les achats, la maintenance, la traçabilité et la gestion des stocks des matériels et des consommables utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes.
10. Organiser et contrôler la gestion des déchets dans le respect des règles et des procédures.
11. Organiser les plannings, les rendez-vous et la répartition des activités.
12. Organiser la gestion des archives dans le respect de la réglementation.
13. Utiliser les logiciels de gestion spécifiques (comptabilité, prise de rendez-vous, statistiques d'activité…).

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Rigueur de la gestion de projet	Le projet s'appuie sur une vision globale et articulée du domaine. Une étude d'opportunité, de faisabilité, une analyse des besoins sont réalisées. Les partenaires du projet sont identifiés et leur engagement évalué. Un calendrier est envisagé incluant les étapes du projet. Le suivi est assuré depuis la conception jusqu'à l'achèvement. Le suivi et les indicateurs sont précisés dès la conception.

2) Conformité des règles dans la gestion d'un budget	Les règles et modalités de fonctionnement des outils de gestion de l'activité, des outils statistiques et des tableaux de bord sont identifiées et expliquées avec clarté. Les erreurs ou incohérences figurant dans les outils de gestion de l'activité, les statistiques et tableaux de bord sont repérés. La structure et le fonctionnement d'un budget sont identifiés. Les éléments devant figurer dans un bilan comptable et un rapport d'activité sont identifiés. Les logiciels dédiés sont utilisés avec aisance.
3) Conformité aux règles d'hygiène, de sécurité, d'accessibilité dans les locaux et matériels	Les équipements et matériels nécessaires au fonctionnement des activités de masso-kinésithérapie sont identifiés en tenant compte des règles de sécurité et d'hygiène en vigueur. Les normes et réglementations s'imposant aux locaux, installations et matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées et expliquées avec clarté. L'organisation des lieux est fonctionnelle. Les matériels sont maintenus et suivis en adéquation avec les règles d'usage et les réglementations en vigueur. Les incidents sont systématiquement consignés et tracés. Les règles et recommandations en matière d'hygiène sont identifiées, consignées, voire affichées Les règles régissant la circulation des déchets sont identifiées. Les non conformités des locaux, installations et matériels utilisés par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiées et des mesures correctives adaptées sont proposées. Les informations permettant de suivre les évolutions du matériel et des normes sont utilisées.
4) Conformité dans l'application des règles de gestion du personnel	Les sources d'information sur les règles de gestion du personnel sont identifiées. Les règles sont identifiées et expliquées. Les modalités de gestion du personnel sont explicites.
5) Respect des règles de gestion administrative	Les règles concernant la gestion des dossiers et l'archivage sont explicitées et conformes à la réglementation. Le suivi et l'enregistrement des dossiers sont conformes aux règles et rigoureux. Les dossiers des patients sont mis à jour de manière régulière et rigoureuse. Les documents et attestations sont établis conformément aux règles. Le travail administratif est planifié de manière régulière. Les tâches administratives sont organisées et exécutées en respectant les échéances. Le contenu des documents est vérifié et contrôlé.

Compétence 10

Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs contribuant à la prise en charge de la personne ou du groupe

1. Organiser et planifier ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, ainsi que des interventions conduites en simultané par d'autres professionnels auprès de la personne ou du groupe, dans le respect de la déontologie et de la réglementation en vigueur.
2. Identifier les missions des différents acteurs intervenant pour la prise en charge de la personne ou du groupe, la nature des informations à leur transmettre ainsi que les ressources existantes sur le territoire de santé.
3. Établir des relations professionnelles de qualité basées sur le respect mutuel, en favorisant le dialogue, la concertation et les décisions consensuelles.
4. Instaurer et maintenir des liaisons et partenariats avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des patients (santé, médico-social, social, sportif, culturel, associatif…).
5. Développer et mettre en œuvre des activités ou des projets transversaux au sein de l'établissement et dans le cadre de réseaux.
6. Coordonner ses actions et soins avec les aidants, les professionnels de santé, les intervenants notamment dans le champ social, économique, sportif, éducatif pour élaborer en commun ou conduire des projets d'intervention pluriprofessionnels pertinents.
7. Sélectionner les outils de transmission de l'information adaptés aux situations et en assurer la mise en place avec efficacité.
8. Prendre en compte dans son activité les actions de prévention mises en place sur le territoire.
9. S'adapter à différents contextes professionnels et culturels, y compris dans une démarche ouverte à l'international.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Pertinence de l'identification et de la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs	Les champs d'intervention et les modalités d'interpellation des différents acteurs intervenant auprès des patients suivis par les masseurs-kinésithérapeutes sont identifiés. Les outils de transmission permettant de communiquer. Les éléments de sa pratique professionnelle sont identifiés. Les limites de l'intervention en masso-kinésithérapie sont identifiées.
2) Pertinence des modalités de coopération et de collaboration mises en œuvre	Les ressources existantes sur le territoire et qui peuvent être mobilisées par le masseur-kinésithérapeute sont identifiées : structures sanitaires et sociales, associations, organismes, autres structures intervenant dans le dépistage... La collaboration mise en œuvre pour optimiser la prise en charge sanitaire et médico-sociale du patient ou du groupe de patients est expliquée et argumentée. Les informations disponibles sur le patient circulent efficacement entre les différents acteurs concernés dans le respect du lien thérapeutique établi. Les comptes rendus écrits de bilans masso-kinésithérapiques sont détaillés et compréhensibles pour les prescripteurs. La nature des informations à transmettre au prescripteur, au patient et aux autres professionnels est identifiée. Les notes de synthèse et documents d'information rédigés sont clairs et adaptés aux besoins de leurs destinataires Les interventions lors des réunions respectent les règles de déontologie médicale concernant la confidentialité et le respect de la parole qui est adressée. Les rencontres et réunions institutionnelles sont réinvesties dans le travail avec le patient. Le positionnement lors des échanges au cours desquels il est nécessaire d'écouter et d'argumenter des opinions contradictoires est clair et efficace. Les modalités de sélection des informations transmises à l'extérieur sont explicitées.
3) Qualité de la prise en charge collective des patients	La prise en charge d'un patient en cas de trouble nécessitant une intervention d'urgence est organisée de manière efficace. L'apport potentiel du masseur-kinésithérapeute dans le cadre d'un projet thérapeutique collectif dans institution est clairement identifié. Les différentes solutions de réorientations éventuelles si le bilan masso-kinésithérapique n'est pas indiqué en 1re intention sont identifiées.
4) Conformité des actions mises en place pour la répartition des activités et des compétences	Les modes d'organisation et de répartition au sein de l'équipe pluriprofessionnelle tiennent compte des compétences de chaque acteur. Les liens entre les différentes interventions professionnelles sont repérés et explicités. Les spécificités de chaque acteur sont repérées et utilisées dans le cadre des actions de prévention conduites par les masseurs-kinésithérapeutes. Les complémentarités dans un domaine de compétence partagée entre plusieurs acteurs professionnels sont clairement formulées.
5) Qualité de l'organisation de l'activité de masso-kinésithérapie	Les différents types d'activités à conduire (bilans, rééducations, rédaction de documents et correspondances, préparation de supports, communication, etc) sont identifiés. La planification des différentes activités sur la semaine tient compte du flux patients et du temps et des ressources disponibles. Les absences sont anticipées. L'information recueillie à propos d'un patient est hiérarchisée de manière pertinente. Un dossier-type patient répondant à différents types d'utilisations est conçu. Le temps et les procédures nécessaires à la constitution et à la mise à jour du fichier/base de données patients sont prévus et planifiés.

Compétence 11

Former et informer les professionnels et les personnes en formation

1. Organiser l'accueil, l'information et l'accompagnement d'un professionnel, d'un étudiant ou d'une personne en formation dans le service ou la structure.
2. Contribuer à la formation des étudiants en masso-kinésithérapie dans le cadre d'actions de tutorat.
3. Repérer et expliciter les connaissances et les savoir-faire à transmettre aux étudiants en relation avec leur niveau de formation ou aux professionnels.
4. Préparer et animer des séances de formation ou d'information auprès d'un public de professionnels, d'étudiants, ou de futurs professionnels.
5. Transmettre ses connaissances et son savoir-faire aux étudiants, stagiaires et autres professionnels.
6. Superviser des situations et des activités d'apprentissage dans une démarche progressive d'autonomisation au bénéfice des stagiaires et étudiants.
7. Contribuer à évaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires et les étudiants au regard des objectifs pédagogiques de stage et d'enseignements.
8. Communiquer sur sa profession.

Critères d'évaluation : Qu'est-ce qui permet de dire que la compétence est maîtrisée ? Que veut-on vérifier ?	**Indicateurs :** Quels signes visibles peut-on observer ? Quels signes apportent de bonnes indications ?
1) Pertinence des informations prises en compte	Les informations utiles pour accueillir un stagiaire, un étudiant ou un professionnel en formation sont identifiées. Le public à qui s'adresse l'information ou la formation est identifié. Les connaissances, savoir-faire, qualité de réflexion et d'analyse devant être acquis par les personnes recevant la formation sont identifiés. Les objectifs définis par et pour chaque stagiaire sont identifiés.
2) Pertinence des actions conduites	Une démarche d'accueil adaptée à chaque catégorie de publics (stagiaire, étudiant, nouvel arrivant professionnel, …) est mise en œuvre. Les conseils, démonstrations, analyses commentées de la pratique et explications apportées tiennent compte du profil de chaque interlocuteur et des objectifs du stage Les démarches d'analyse et de transmissions de savoir-faire et de connaissances sont organisées et adaptées au stagiaire ou à l'étudiant en tenant compte de son évolution et de ses difficultés. Les mises en lien théoriques avec la pratique professionnelle sont analysées et recherchées. Des axes et des moyens d'évolution permettant de faire progresser les professionnels et étudiants formés sont identifiés. Le support choisi est adapté à la situation de formation.
3) Cohérence des actions conduites	Les critères et indicateurs utilisés pour l'évaluation des stagiaires ou étudiants tiennent compte des objectifs prédéfinis. Les informations diffusées sur la profession tiennent compte du cadre légal et règlementaire d'exercice de la profession.

ANNEXE III

MAQUETTE DE FORMATION DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

CYCLE 1			ECTS	ECTS	Positionnement dans les semestres		ECTS	Positionnement dans les semestres		Cours magistraux (CM)	Travaux dirigés (TD)	Total CM + TD + formation pratique MK	Temps Personnel (TP)
		UE	**1er cycle**	1ère ANNEE	S1	S2	2ème ANNEE	S3	S4	**1er cycle**			
1er cycle (S1 à S4)	Enseignements fondamentaux	UE 1. Santé publique	**5**	**5**	X	X				30	20	**50**	**75**
		UE 2.Sciences humaines et sciences sociales	**6**	**6**	X	X				40	20	**60**	**90**
		UE 3. Sciences biomédicales	**12**	**7 à 10**	X	X	**2 à 5**	X	X	90	30	**120**	**180**
		UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)	**20**	**8 à 12**	X	X	**8 à 12**	X	X	120	80	**200**	**300**
		UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1	**6**				**6**	X	X	50	10	**60**	**90**
		TOTAL	**49**							**330**	**160**	**490**	**735**
	Sciences et ingénierie en kinésithérapie	UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie	**8**	**3 à 5**	X	X	**3 à 5**	X	X	40	40	**80**	**120**
		UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité 1	**28**	**12 à 16**	X	X	**12 à 16**	X	X	30	250	**280**	**420**
		TOTAL	**36**							**70**	**290**	**360**	**540**
	Apprentissages et approfondissement	UE 8.Méthodes de travail et méthodes de recherche	**4**	**2**	X	X	**2**	X	X	15	25	**40**	**60**
		UE 9. Langue anglaise professionnelle	**4**	**2**	X	X	**2**	X	X		40	**40**	**60**
		UI 10. Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive	**5**				**5**	X	X	10	40	**50**	**75**
		UE 11. Formation à la pratique masso-kinésithérapique	**18**									**630**	**80**
		stage 1		**2 à 3**	X							80	10
		stage 2		**3 à 4**		X						130	10
		stage 3					**6**	X				210	30
		stage 4					**6**		X			210	30
		UE 12 OPTIONNELLE 1	**2**	**2**	X	X				10	10	**20**	**30**
		UE 13 OPTIONNELLE 2	**2**				**2**	X	X	10	10	**20**	**30**
		TOTAL	**35**							**45**	**125**	**800**	**335**
			120	**53 à 66**			**54 à 67**			**445**	**575**	**1650**	**1610**

		CYCLE 2	ECTS	ECTS	Positionnement dans les semestres		ECTS	Positionnement dans les semestres		Cours magistraux (CM)	Travaux dirigés (TD)	Total CM + TD + formation pratique MK	Temps Personnel (TP)
		UE	**2ème cycle**	3ème ANNEE	S5	S6	4ème ANNEE	S7	S8	**2ème cycle**			
2ème cycle (S5 à S8)	Enseignements fondamentaux	UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure	**6**				**6**	X	X	45	15	**60**	**90**
		UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2	**6**	**6**	X	X				50	10	**60**	**90**
		UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire	**7**	**7**	X	X				50	20	**70**	**105**
		UE 17 Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire	**5**	**5**	X	X				40	10	**50**	**75**
		UE 18 Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques	**6**	**6**	X	X				50	10	**60**	**90**
		TOTAL	**30**							**235**	**65**	**300**	**450**
	Sciences et ingénierie en kinésithérapie	UE 19. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique 2	**7**	**3 à 5**	X	X	**2 à 4**	X		20	50	**70**	**105**
		UE 20.Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire 2	**5**	**1 à 3**	X	X	**2 à 4**	X		15	35	**50**	**75**
		UE 21.Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire 2	**5**	**1 à 3**	X	X	**2 à 4**	X		20	30	**50**	**75**
		UE 22 Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation	**4**	**1 à 3**		X	**1 à 3**	X		20	20	**40**	**60**
		UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie	**8**	**2 à 4**		X	**4 à 6**	X		40	40	**80**	**120**
		UE 24 Interventions du kinésithérapeute en santé publique	**5**	**1 à 2**	X	X	**3 à 4**	X		25	25	**50**	**75**
		TOTAL	**34**							**140**	**200**	**340**	**510**
	Approfondissement et professionnalisation	UI 25 Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention	**4**	**4**		X				10	30	**40**	**60**
		UE 26. Langue anglaise professionnelle	**4**	**2**	X	X	**2**	X	X		40	**40**	**60**
		UE 27 Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie	**6**	**2 à 4**	X	X	**2 à 4**	X	X	20	40	**60**	**90**
		UE 28 Mémoire	**8**				**8**	X	X	10	70	**80**	**180**
		UI 29 Analyse et amélioration de la pratique professionnelle	**4**				**4**		X	5	35	**40**	**60**
		UE 30. Formation à la pratique masso-kinésithérapique	**24**									**840**	**110**
		stage 5		**6**	X							210	25
		stage 6		**6**		X						210	25
		stage 7 - Clinicat						X				420	60
		stage 7 - Clinicat					**12**		X				
		UE 31. OPTIONNELLE 3	**2**	**2**	X	X				10	10	**20**	**30**
		UE 32. OPTIONNELLE 4	**4**				**4**	X	X	20	20	**40**	**60**
		TOTAL	**56**							**75**	**245**	**1160**	**650**
			120	**55 à 68**			**52 à 65**			**450**	**510**	**1800**	**1610**
CYCLE 1			120							445	575	1650	1610
CYCLE 2			120							450	510	1800	1610
TOTAL CYCLE 1 ET CYCLE 2			**240**							**895**	**1085**	**3450**	**3220**
											Dont formation pratique masso-kinésithérapique	**1470**	

ANNEXE IV

FICHES UE

UE 1 Santé publique		
Semestres 1 et 2	**Compétences 3 et 10**	
CM : 30	**TD : 20**	**TP : 75**
ECTS : 5		

Objectifs

- Appréhender la dimension collective et sociétale de la santé et comprendre les principes d'organisation et de fonctionnement du système de santé et de la protection sociale.
- Connaître les priorités de santé publique et les méthodologies utilisées pour les définir
- Connaître la place et les rôles des professions de santé et de rééducation
- Connaitre les méthodes et les outils des démarches visant à assurer la qualité et la sécurité des soins

Eléments de contenu

- Système de santé, santé publique, politique de santé et kinésithérapie, code de santé publique et code de déontologie
- Epidémiologie
- Maladie, handicap, rééducations et réadaptation
- Méthodes et outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins

Recommandations sur les éléments de contenu

Système de santé, santé publique, politique de santé et kinésithérapie

- Démographie, étude de la population
- La protection sociale, le système de santé et son organisation territoriale,
- Economie de la santé, orientations des politiques de la santé, les acteurs du système de santé, l'évolution des besoins en santé et des accès aux soins
- Analyse comparée de quelques systèmes de santé
- Les principes fondamentaux du droit de la santé, les droits des usagers, les droits des patients,
- Le code de la santé publique
- La profession et son code de déontologie, la réglementation de son exercice
- Les priorités de santé publique, les plans nationaux de santé publique
- Santé, bien-être, prévention, veille et vigilance en santé
- Prévention, promotion de la santé, éducation à la santé, éducation thérapeutique : les priorités, les méthodes
- Modèles et démarches pluridisciplinaires et interprofessionnelles

Epidémiologie

- Les concepts fondamentaux de la santé : de l'épidémiologie à la prévention
- Mesure de l'état de santé d'une population, déterminants, enquêtes, méthodes statistiques, indicateurs, données, notions de prévalence et d'incidence
- Introduction à la lecture d'études épidémiologiques concernant des problèmes de santé prévalents en kinésithérapie
- Méthodologie et biostatistiques

Maladie, handicap, rééducations et réadaptation

- Les modèles conceptuels de la santé, notamment ceux qui prévalent en soins de suite et de réadaptation.
- La personne malade et la personne en situation de handicap
- L'apport des sciences humaines et sociales à l'étude de la santé, du vieillissement, du handicap d'une personne ou d'une population, approches biomédicales et biopsychosociales, données statistiques relatives au handicap
- Les classifications / la classification internationale

- Analyse des situations de handicap et de la place de la rééducation pour la préservation ou la restauration de la santé ou de l'autonomie
- L'évaluation d'un handicap moteur, relationnel, cognitif ou sensoriel.
- Place et rôles des professions de la rééducation et des coopérations interprofessionnelles.
- Histoire et culture des professions de rééducation et de réadaptation,
- Les rôles des kinésithérapeutes et des autres professionnels de la santé
- Les références professionnelles et scientifiques internationales en physiothérapie

Méthodes et outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins

- Conception et mise en œuvre d'une démarche qualité adaptée à l'exercice professionnel
- Normes et recommandations de bonne pratique, « evidence based pratice »
- Prévention des risques
- Prévention des maladies nosocomiales et gestion des évènements indésirables,,
- Amélioration continue de la qualité des soins
- Les règles de la traçabilité : les critères de la traçabilité des soins et les transmissions interprofessionnelles, dossier du patient et outils de communication,

Recommandations pédagogiques :	**Modalités d'évaluation**
Présenter l'importance des déterminants sociaux et l'organisation et le fonctionnement du système de santé Présenter et illustrer les méthodes d'épidémiologie utilisées pour déterminer les priorités de santé et conduire les projets de santé publique Présenter le cadre réglementaire de la profession et situer les places et rôles des différents acteurs de la santé Enseigner les méthodes et les outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins Etablir le lien avec les stages	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers **Critères d'évaluation** Maîtrise des connaissances Capacité à analyser l'impact de quelques déterminants sur les problèmes de santé en lien avec la kinésithérapie Compréhension des démarches de prévention des risques et de communication utiles pour la qualité et la sécurité des soins

UE 2 : Sciences humaines et sciences sociales

Semestres : 1 et 2 **Compétences 5, 10 et 11**

CM : 40 h	TD : 20 h	TP : 90 h

ECTS : 6

Objectifs

- Appréhender les dimensions humaines et sociales de l'intervention thérapeutique grâce aux connaissances scientifiques et références abordées
- Connaître et maîtriser les principaux concepts mis à disposition par les sciences humaines et sociales
- Connaître, maîtriser et utiliser les théories et les modèles permettant d'éclairer et de comprendre les relations et les pratiques de soins
- Connaître les références scientifiques support de l'UE

Eléments de contenu

- Concepts, théories, modèles et méthodes en Sociologie,
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Anthropologie
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Psychologie
  Concepts, théories, modèles et méthodes en Sciences de l'éducation
- Concepts, théories, modèles et méthodes en Philosophie et éthique

Recommandations sur les éléments de contenu

Sociologie :

- Concepts généraux en sociologie et psychosociologie
- Sociologie de la santé, de la prévention, de l'éducation et de la rééducation
- Représentation psycho-sociale du corps, du mouvement, de la santé et de la maladie chez une personne, et conséquences en termes de besoins et de participation
- Histoire et sociologie des professions de santé
- Evolution des modes de collaboration interprofessionnelle et de coopération des professionnels de la santé

Anthropologie :

- Principaux concepts en anthropologie et en ethnologie
- Diversité culturelle et sociale, diversité des valeurs, des rites et des croyances en santé
- Caractéristiques anthropologiques et représentation du corps, du mouvement, de la santé, de la maladie, du handicap chez une personne à toutes les étapes de la vie et conséquences en termes de participation

Psychologie

- Principaux courants et concepts en psychologie (exemples : en psychologie clinique, en psychologie cognitive, en psychologie comportementale, en psychométrie, en psychopathologie…)
- Identification des étapes du développement psychologique, cognitif et psychomoteur de l'être humain
- Approche des mécanismes de défense et d'adaptation d'un individu, des facteurs de stress et de fatigue, du processus de deuil, des capacités de résilience
- L'expérience de santé vécue par une personne et la singularité des situations, exemples : schéma corporel et image de soi, phénomènes psychosomatiques, situations de vulnérabilité et de dépendance, souffrance psychique, bénéfice secondaire du problème de santé, …
- Relation de soin, distance professionnelle, relation empathique et communication professionnelle avec le patient et son entourage, en situations difficiles de maladie, de handicap et face à la mort

Sciences de l'Education

- Théories et modèles de l'éducation, de l'apprentissage, de l'évaluation et de la motivation
- Analyse de situations illustrant ces différents modèles
- Elaboration de situations d'apprentissage, de formation et d'évaluation
- L'utilisation des nouvelles technologies en formation et la formation ouverte et à distance

Philosophie, éthique

- Conceptions philosophiques de l'être humain, courants de pensée et valeurs associés, sources de la morale et de l'éthique, principes de la déontologie professionnelle
- Le malade en tant que sujet : notions de dignité, de droits de l'homme, de liberté, d'autonomie et de responsabilité
- Mise en perspective au regard des problématiques sanitaires, sociales et interculturelles
- Présentations de démarches de réflexion éthique et/ou philosophique dans des situations de soin, de prévention, d'éducation ou de rééducation.

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
L'ensemble des connaissances abordées et des réflexions suscitées se fondent sur une approche complexe des situations et des personnes soignées. Elles proposent un socle interdisciplinaire utile pour le développement des compétences cliniciennes, relationnelles et sociales du futur kinésithérapeute. L'étude en sous-groupes de témoignages ou de situations, favorisera la confrontation des systèmes de valeurs et incitera à une réflexion personnelle en matière de soin et d'éducation.	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers **Critères d'évaluation** Maîtrise des connaissances Utilisation des connaissances en sociologie, anthropologie, psychologie, sciences de l'éducation, philosophie et éthique pour comprendre, analyser les pratiques professionnelles et singulariser l'approche thérapeutique

UE 3 Sciences biomédicales

Semestres : 1, 2, 3 et 4 **Compétence 1**

CM : 90 h	TD : 30 h	TP : 120

ECTS : 12

Objectifs

- Connaître et comprendre les données des sciences de la vie utiles à l'approche systémique du corps humain (Homme sain).
- Connaitre et comprendre les principaux processus pathologiques, les méthodes d'explorations et les réponses thérapeutiques
- Connaitre les notions d'infectiologie et d'hygiène utiles à la prévention des maladies nosocomiales

Eléments de contenu

Pour le 1er objectif :

- Sciences fondamentales de la matière et de la vie, biochimie et biologie cellulaire, histologie et embryologie.
- Sciences physiques : biophysique et biomécanique.
- Physiologie générale, organisation systémique du corps humain, processus adaptatifs (croissance, vieillissement, adaptation à l'effort, homéostasie)

Pour le 2e objectif :

- Grands processus pathologiques.
- Démarche et raisonnement médical dont explorations diagnostiques
- Pharmacologie.
- Approches spécifiques de la douleur

Pour le 3e objectif :

- Notions d'hygiène et d'infectiologie utiles pour la pratique des soins
- Les risques nosocomiaux en kinésithérapie
- Principes et conduites particulières à tenir devant un risque de contamination

Recommandations sur les éléments de contenu

Pour le 1er objectif :

Sciences fondamentales de la matière et de la vie :

- Biochimie et biologie moléculaire : bases de biochimie générale, biomolécules (protéines, glucides, lipides) et biologie moléculaire
- Biologie cellulaire, cytologie, histologie et biologie du développement : structure générale de la cellule, migration cellulaire, cycle cellulaire, étude des tissus, embryologie

Sciences physiques : biophysique et biomécanique

- Actions mécaniques, statique, cinématique, dynamique, résistance des matériaux, dynamique des fluides, électrophysiologie, biophysique,
- Caractéristiques biomécaniques des différents tissus, biomécanique et fonctionnement des appareils.

Physiologie générale, organisation systémique du corps humain

- Organisation systémique du corps humain
- Processus adaptatifs : croissance, vieillissement, adaptation à l'effort, réaction aux stress, homéostasie, effets de l'environnement

Pour le 2e objectif :

Principaux processus pathologiques

- Altération, réparation évolution des structures (cicatrisation, consolidation…)
- Processus pathologiques : dégénératif, inflammatoire, traumatique, prolifératif, vasculaire, hémorragique, ischémique, infectieux, métaboliques et autres.
- Pathologies aigues et chroniques : complications et séquelles
- Allergies et hypersensibilités courantes chez l'enfant et l'adulte

Démarche et raisonnement médical :

- Exploration diagnostique et ses modalités.
- Réponses thérapeutiques préventives, curatives, palliatives : médicamenteuse, physique et chirurgicale.
- Initiation à la connaissance du médicament et autres produits pharmaceutiques : principales classes thérapeutiques, voies d'administration, produits utilisés en kinésithérapie
- Classes médicamenteuses et principales voies d'administration.

Approches spécifiques de la douleur

- Neurophysiologie et physiopathologie de la douleur
- Sémiologie et évaluation de la douleur
- Thérapeutiques médicales, médicamenteuses et non médicamenteuses.

Pour le 3e objectif :

- Définition des infections nosocomiales, épidémiologie
- Les modes de transmission (exogènes, endogènes)
- Facteurs favorisants
- Conséquences des infections, germes en cause
- Risques en fonction des secteurs d'activité
- Prévention

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation :
Permettre à l'étudiant d'acquérir le vocabulaire et la sémantique médicale. Permettre à l'étudiant de connaître les processus évolutifs des différents tissus Coordonner les contenus correspondants au 3e objectif avec les contenus de l'UE 1 portant sur les « méthodes et outils visant à assurer la qualité et la sécurité des soins » Apporter un point d'attention sur l'utilisation des produits pharmaceutiques en kinésithérapie Etablir les liens avec les stages	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossier Travail d'analyse écrit et/ou oral portant sur l'étude des grands processus **Critères d'évaluation :** Maîtrise des connaissances

UE4 Sciences de la Vie et du Mouvement

Semestre : 1, 2 et 3 et 4 Compétences 1 et 4

CM : 120 h	TD : 80 h	TP : 300 h

ECTS : 20

Objectifs

- Connaître et comprendre l'anatomie des appareils et systèmes locomoteur, nerveux, tégumentaire, respiratoire, circulatoire, digestif, urinaire, reproducteur.
- Connaître et comprendre la physiologie des appareils et systèmes locomoteur, nerveux, tégumentaire, respiratoire, circulatoire, digestif, urinaire, endocrinien, reproducteur.
- Analyser les postures, les mouvements et les activités fonctionnelles

Eléments de contenu

Pour le 1er objectif :

- Anatomie descriptive, morphologique et topographique de tous les appareils et systèmes (locomoteur, nerveux, tégumentaire, respiratoire, circulatoire, digestif, urinaire, reproducteur).
- Notions d'anatomie du développement des systèmes nerveux et locomoteurs

Pour le 2e objectif :

- Physiologie des appareils locomoteur, nerveux, tégumentaire, respiratoire, circulatoire, digestif et urinaire.

Pour le 3e objectif :

- Analyse biomécanique et cinésiologique des attitudes, des mouvements et des activités fonctionnelles

Recommandations sur les éléments de contenu

Pour le 1er objectif :

Anatomie

- Anatomie descriptive : membre inférieur, supérieur, tronc et tête
    - Ostéologie,
    - Arthrologie,
    - Myologie,
    - Neuroanatomie,
    - Anatomie vasculaire
    - Fascias et espaces de glissement
- Anatomie topographique des membres et du tronc et tête
- Anatomie morphologique et palpatoire.
- Anatomie des systèmes nerveux central, périphérique et neuro-végétatif
- Anatomie des organes des sens
- Anatomie du système neuromusculaire
- Anatomie du système respiratoire
- Anatomie du système cardio-vasculaire
    - Cœur
    - Angiologie
    - Système lymphatique
- Anatomie du système digestif
- Anatomie des systèmes urinaire et de la reproduction
- Anatomie du système tégumentaire
- Anatomie du système endocrinien.

- Notions d'anatomie du développement des systèmes nerveux et locomoteurs
- Imagerie médicale des différents appareils

Pour le 2e objectif :

Physiologie

- Physiologie de l'appareil musculosquelettique : os, articulations, muscles, fascias
- Physiologie des systèmes nerveux central, périphérique et neuro-végétatif.
- Physiologie neuromusculaire :
  - Structures, propriétés et fonctionnement de la contraction musculaire
  - Aspect énergétique de la contraction musculaire
  - Fatigue musculaire, récupération et entrainement
  - Spécificités des muscles lisses et du muscle cardiaque
- Physiologie cardio respiratoire
- Physiologie du système tégumentaire
  - Phénomènes de reconstruction et de cicatrisation
- Physiologie des organes des sens
- Physiologie du système digestif, de la mastication et de la déglutition
- Physiologie des systèmes urinaires et génitaux
- Physiologie des systèmes endocriniens
- Immunologie

Pour le 3e objectif :

Analyse sur le plan cinésiologique des mouvements et des activités fonctionnelles

- Cinésiologie des mouvements analytiques et globaux des membres inférieur et supérieur, du tronc et de la tête
- Etude des grandes fonctions du système musculo-squelettique :
  - Préhension,
  - Locomotion,
  - Régulation posturale,
  - Analyse biomécanique et cinésiologique de gestes et de postures
  - Organisation des mouvements et étude des activités de la vie quotidienne
  - Analyse d'un apprentissage gestuel et d'activités physiques et sportives

Recommandations pédagogiques :

Prévoir des séquences pédagogiques regroupant, pour chaque thématique, l'enseignement des éléments anatomiques, physiologiques et cliniques.

Prévoir des enseignements pratiques facilitateurs des apprentissages théoriques : illustration clinique de l'anatomie, de la cinésiologie et de la physiologie (observation, palpation, auscultation, imagerie, mises en situations, dissection, ….)

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale des connaissances
Evaluation en situation pratique

Critères d'évaluation

Maîtrise des connaissances en anatomie, morphologie et physiologie des différents systèmes.

Explicitation des liens entre savoirs anatomique, physiologique et cliniques.

UE 5 : Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ musculo-squelettique

Semestres : 3 et 4 Compétence 1

CM : 50	TD : 10	TP : 90

ECTS : 6

Objectifs

- Connaître la sémiologie caractéristique des pathologies du système musculo-squelettique, son exploration diagnostique médico-chirurgicale et la physiopathologie correspondante.
- Connaître les généralités concernant les principes et les réponses thérapeutiques médicales et chirurgicales utilisées dans les atteintes du champ musculo-squelettique.
- Savoir identifier les données et connaissances, issues de l'étude des pathologies du système musculo-squelettique, utiles à la pratique de la kinésithérapie.
- Connaître les signes cliniques et les déficiences caractéristiques du système musculo-squelettique, précédant et/ou succédant à la réponse thérapeutique médico-chirurgicale, base du diagnostic kinésithérapique :
- Repérer et utiliser, dans différents contextes cliniques, les données et les connaissances significatives qui permettent de concevoir l'évaluation et l'intervention kinésithérapique appropriées.

Eléments de contenu

- Sémiologie caractéristique des pathologies du système musculo-squelettique, exploration diagnostique médico-chirurgicale et physiopathologie correspondante. Le champ musculo-squelettique regroupe l'ensemble des pathologies traumatiques, rhumatologiques et orthopédiques et concerne tous les âges de la vie. La sémiologie est privilégiée et reliée aux modalités d'examen clinique et à la physiopathologie correspondante
- Généralités concernant les principes et les réponses thérapeutiques médicales et chirurgicales utilisées dans les atteintes du champ musculo-squelettique.
- Signes cliniques et déficiences caractéristiques du système musculo-squelettique, précédant et/ou succédant à la réponse thérapeutique médico-chirurgicale, base du diagnostic kinésithérapique :
    - Leurs modalités d'évaluation (examens cliniques et paracliniques),
    - Les atteintes tissulaires qui leur correspondent (de la lésion à la réparation),
    - Leurs interactions avec les autres systèmes et fonctions,
    - Conséquences des déficiences sur l'activité et sur la participation de la personne

  La connaissance des conséquences fonctionnelles des maladies et des thérapeutiques médico-chirurgicales constituent la base de l'approche kinésithérapique.

Recommandations sur les éléments de contenu

Traumatologie

- Généralités. Approche chirurgicale des différents types de lésions, modalités d'explorations diagnostiques et principes des traitements, incluant leur réalisation et leur suivi.
- Localisations : membre supérieur, membre inferieur, rachis, amputés, polytraumatisés, brulés
- Types de traumatismes : fractures, luxations, plaies et contusions, entorses, entorses et luxations, lésions ligamentaires, lésions tendineuses, traumatismes vasculaires, traumatismes nerveux, traumatismes musculaires et tendineux, amputations, infections, tumeurs des os et des parties molles, brûlures…

- Démarche thérapeutique : épidémiologie, tableau clinique, exploration diagnostique (examens clinique et paraclinique) diagnostic, thérapeutiques médicales et chirurgicales avec leurs modalités (indications, classifications, techniques chirurgicales, résultats, pronostics, complications, séquelles), différents types de matériel chirurgical et leurs propriétés, suites post-opératoires (dont soins, surveillance des risques, rééducation…).
- Points spécifiques : les traitements des séquelles. Les fractures chez l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Rhumatologie

- Généralités : processus dégénératif et processus inflammatoire, classifications, exploration diagnostique, principes généraux des traitements médicaux et chirurgicaux, pronostics.
- Pathologies et syndromes :

  Ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite inflammatoire, arthropathies micro-cristallines (goutte, chondrocalcinose), arthrites, rachialgies, radiculalgies, syndrome canalaire, arthroses (et ses différentes localisations), infections ostéo-articulaires de l'enfant et de l'adulte, syndrome douloureux régional complexe, tumeurs des os primitives et secondaires, ostéonécroses, fibromyalgie.
- Affections abarticulaires : atteintes de l'appareil locomoteur compte tenu de leur localisation : épaule, coude, poignet et main, hanche, genou, cheville et pied (épaule capsulaire, tendinopathies, épicondylite, ténosynovites, maladie de Dupuytren,…)
- Thérapeutiques médicales et chirurgicales : explorations, diagnostics, thérapeutiques, incluant la chirurgie prothétique…

Orthopédie Pédiatrique

- Généralités : croissance et développement neuro-moteur de l'enfant ; principes de l'examen clinique orthopédique chez l'enfant ; principes et modalités de la prise en charge thérapeutique dans le cadre des affections de l'appareil locomoteur.
- Pathologies :
  - Nouveau-né et nourrisson :
    - Hanche : luxations ; dysplasies ; bassin asymétrique congénital,
    - Pied : déformations, malformations et malpositions du pied chez le nouveau-né,
    - Rachis : torticolis congénital,
    - Paralysie obstétricale du plexus brachial ; arthrogrypose…
  - Enfant et adolescent :
    - Déformations des membres inférieurs : Genu varum ; Genu valgum ; pieds plats et pieds creux, inégalités de longueur des membres inférieurs ; dysplasie et subluxation fémoro-patellaire,
    - Boiteries de l'enfant,
    - Rachis : scolioses ; anomalies de courbures sagittales (dos plat, dos creux…) ; malformations congénitales ; spondylolyse et spondylolisthésis de l'enfant et de l'adolescent ; torticolis ; tumeurs et infections ; tuberculoses…
    - Déformations du membre supérieur
    - Rhumatologie de l'enfant : lombalgies de l'enfant ; rhume de hanche ; infections ostéo-articulaires primitives : ostéomyélites, arthrites septiques, arthrites inflammatoires ; arthrite juvénile idiopathique (maladie de Still),…
    - Ostéochondrites : ostéochondrite primitive de hanche ; maladie de Scheuermann ; maladie d'Osgood-Schlatter ; maladie de Blount,…
    - Epiphysiolyse fémorale supérieure,…
    - Traumatologie de l'enfant : fractures ; atteintes épiphysaires, diaphysaires, fractures-avulsions, pronation douloureuse,…
- Thérapeutiques : démarches thérapeutiques et principales modalités ; contentions, appareillage, chirurgie de l'enfant, séquelles et leurs traitements...)

  Conséquences du traitement orthopédique des atteintes neurologiques (enfants paralysés cérébraux…)

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
Commencer l'enseignement du champ musculo-squelettique, par l'approche sémiologique : signes et symptômes avec leurs méthodes d'exploration. Fonder cette approche sur l'étude des différents tissus, de leurs propriétés et comportements, de la lésion à la réparation (mécanismes lésionnels, physiopathologie...). Traiter les généralités concernant les principes et réponses thérapeutiques médico-chirurgicales et souligner leur incidence en kinésithérapie. Les enseignements médicaux, chirurgicaux et kinésithérapiques s'appuieront sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles. Cette UE introduit l'enseignement des pathologies les plus fréquemment rencontrées dans l'activité professionnelle, en traumatologie, rhumatologie et orthopédie, en prenant en compte des localisations régionales, membres et tronc… Cette approche est poursuivie et complétée en deuxième cycle (UE 15). Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage.	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers **Critères d'évaluation** Maîtrise des connaissances. Compréhension de la démarche diagnostique et thérapeutique dans le champ musculo-squelettique. Mobilisation des connaissances en situation

UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie

Semestres 1, 2, 3 et 4 Compétence 2

CM : 40 h	**TD : 40 h**	TP : 120 h

ECTS : 8

Objectifs

- Comprendre les principaux modèles et concepts des sciences biomédicales, des sciences humaines et sociales et des sciences du mouvement utilisés en masso-kinésithérapie
- Connaitre les concepts de physique et de sciences des activités physiques permettant de comprendre la réalisation et l'adaptation des mouvements humains ainsi que leurs modélisations.
- Connaître les cadres théoriques et les technologies utilisés pour l'analyse du mouvement perturbé et pathologique ainsi que pour la restauration du mouvement humain
- Connaitre les concepts, les principes et les modalités d'utilisation des méthodes d'évaluation et d'intervention en kinésithérapie
- Connaitre la démarche du raisonnement clinique en kinésithérapie et adapter sa relation professionnelle à la personne traitée, à sa situation et à son entourage en collaboration avec les autres professionnels intervenants

Eléments de contenu

- Théories, concepts et modèles utilisés en kinésithérapie
- Kinésithérapie et sciences du mouvement
  - Le recours à la physique pour l'étude des mouvements humain et des caractéristiques des tissus humains
    propriétés mécaniques des tissus humains
  - Les théories et modèles du contrôle moteur, de la régulation du tonus et de l'organisation des activités physiques
- Concepts, principes et modalités d'utilisation des différentes techniques d'examen et d'évaluation utilisées en kinésithérapie
- Cadre d'analyse et de référence pour le raisonnement clinique, de l'intervention et de la relation en kinésithérapie
  - Les différentes étapes du processus kinésithérapique
  - Cadres théoriques et modèles de la communication professionnelle en santé, en rééducation et en kinésithérapie

Recommandations sur les éléments de contenu

Théories, concepts et modèles utilisés en kinésithérapie

- Concepts du vivant, d'évolution et de plasticité
- Le normal et le pathologique : Modèles biomédical, biopsychosocial et approches holistiques en santé
- Histoire et culture des pratiques et des techniques de la kinésithérapie
- Cadres d'analyse d'un geste, d'une activité, d'une expression corporelles, d'une pratique, d'un mouvement
- Modèles didactiques et d'éducation utilisés pour le développement des apprentissages corporels et des activités physiques
- Modèles de la résolution de problème et des approches systémiques (théorie des systèmes et de la complexité)
- Modèles de la CIF (Classification Internationale du Fonctionnement - OMS)

Kinésithérapie et sciences du mouvement

Le recours à la physique pour l'étude des mouvements humain et des caractéristiques des tissus humains, propriétés mécaniques des tissus humains :

- Concepts de la statique et de la dynamique, notions de force, de d'équilibre, de moments moteurs et d'inertie, de régulation posturale, les concepts de l'étude de la résistance des matériaux et de la tribologie biomécanique osseuse, articulaire, musculaire et cutanée

Les théories et modèles du contrôle moteur, de la régulation du tonus et de l'organisation des activités physiques

- la régulation des mouvements, intégration sensori-motrices, développement psychomoteur et acquisition des habiletés motrices
- Observation et analyse cinésiologique des mouvements et des activités de la vie quotidienne et modélisation du fonctionnement biomécanique et sensitivo-moteur du corps humain en situation
- Etude de la régulation posturale et gestuelle au cours de la réalisation d'une activité et des impacts Etude des retentissements sur les tissus, les fonctions et la réalisation des activités, d'un apprentissage ou d'un entrainement à la réalisation de mouvements contrôlés
- Didactique de l'apprentissage gestuel et principes des moyens utilisés en kinésithérapie
- Etiologies des perturbations du mouvement : la douleur, la fatigue, le déconditionnement, les facteurs environnementaux, les perturbations d'origine musculosquelettique, les perturbations d'origine neuromusculaire, les perturbations d'origine cardio-respiratoire, les perturbations d'origines tégumentaire,
- La coordination motrice (ensemble de mouvements reflexes, automatiques, volontaires) et ses perturbations dans la réalisation d'une activité
- Etude des perturbations du mouvement et de leurs corrections sous forme de contrôle volontaire
- Les différentes technologies permettant d'explorer le mouvement humain pathologique à partir d'analyses de cas simulées et réels : Analyse et exploitation de données relatives à des postures et des mouvements simples et complexes (marche humaine) perturbés ou pathologiques acquis à partir d'enregistrements vidéo, motion capture, électromyographie, capteurs inertiels, plate-forme de force, tapis instrumenté...

Concepts, principes et modalités d'utilisation des différentes techniques d'examen et d'évaluation utilisées en kinésithérapie :

- massage, mobilisations segmentaires et articulaires, facilitation neuromusculaire proprioceptive, gymnastique éducative ou rééducative, méthodes de renforcement musculaire, de thérapie manuelle orthopédique,de rééducation fonctionnelle, de réentrainement à l'effort, techniques de ventilation, de manutention, de mécanothérapie, de balnéothérapie, de crénothérapie, de thermalisme, de thermothérapie, de cryothérapie, d'électrothérapie, techniques instrumentales et d'appareillage, etc.

Cadre d'analyse et de référence pour le raisonnement clinique, de l'intervention et de la relation en kinésithérapie

- La démarche diagnostique et la conception du traitement, de suivi et d'évaluation de la prise en charge en kinésithérapie sont déclinées par le processus kinésithérapique.

Les différentes étapes du processus kinésithérapique

- Interrogatoire et examen des signes et symptômes et de leurs répercussions sur les activités et les participations de la personne (à l'aide du modèle de la CIF)
- La/les sources d'information relatives aux problèmes (diagnostic médical et autres le cas échéant)
- Elaboration d'hypothèses physiopathologiques et physiothérapeutiques
- Elaboration d'un diagnostic différentiel et d'un pronostic pour situer le rôle et les effets de la kinésithérapie
- Prise en compte des attentes du patient pour formuler le diagnostic kinésithérapique et hiérarchiser les priorités
- La construction de l'intervention, choix des modalités de surveillance et des indicateurs d'évaluation
- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du projet d'intervention
- Choix d'une pédagogie facilitant les apprentissages gestuels et comportementaux
- Elaboration des conseils pour favoriser la participation au traitement et pour promouvoir les améliorations de santé
- Traçabilité des données, communication interprofessionnelle et retour d'information à destination du médecin traitant (et/ou prescripteur)
- …

<table>
<tr><td colspan="2">Cadres théoriques et modèles de la communication professionnelle en santé, en rééducation et en kinésithérapie :
- Utilisation des modèles en psychologie relatifs à la communication verbale et à la communication non verbale
- la personne face au processus de recouvrement de la santé et/ou en situation de limitation d'activité
- la relation thérapeutique : analyse théorique du point de vue du patient et du point de vue du professionnel,
- Théorie de la motivation et facteurs favorisant la participation et les apprentissages
- écoute active, échanges d'informations, relation d'aide, accompagnement, relation formatrice, la prise de décision fondée sur les preuves et la contractualisation du traitement (modèle de la décision partagée), la communication interprofessionnelle et les relation de coopération au sein d'une équipe de soins</td></tr>
<tr><td>Recommandations pédagogiques :
L'enseignement des concepts et des modèles vise à constituer un corpus scientifique utile pour l'analyse et la construction des évaluations, des interventions et des pratiques en kinésithérapie. Les apports théoriques sont mis en lien avec l'étude d'exemples, en rapport avec les activités de la vie quotidienne, de loisirs, de travail ou des situations de traitement en kinésithérapie.
L'étudiant est incité à référencer et à argumenter son analyse de la situation ou du mouvement étudié.
La présentation introductive des moyens utilisés en kinésithérapie précède l'acquisition de la technologie professionnelle et le développement des capacités manuelles, palpatoires et gestuelles traitées dans l'UE 7.
Des travaux de construction d'outils d'analyse seront réalisés en groupe pour développer les capacités d'apprentissage collaboratif.
L'évaluation des acquis peut s'envisager au travers d'étude de cas ou d'analyse de situation</td><td>Modalités d'évaluation
Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers

Critères d'évaluation
Maîtrise des connaissances

Pertinence du cadre d'analyse et des concepts proposés pour l'analyse de la situation

Intérêt des éléments sélectionnés pour la compréhension de la situation et l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et de l'intervention

Maîtrise du vocabulaire professionnel et compréhension du cadre théorique utilisé</td></tr>
</table>

UE 7 Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité

Semestre : 1, 2 et 3 et 4 Compétence 4

CM : 30 h	TD : 250 h	TP : 420 h

ECTS : 28

Objectifs

- Acquérir la maitrise des principes, des indications et des pratiques technologiques d'évaluation et d'intervention dans les champs d'activité de la masso-kinésithérapie.
- Utiliser en les combinant les ressources technologiques pour répondre aux différentes déficiences existantes ou potentielles caractérisant le champ d'activité de la masso-kinésithérapie.
- Développer une pratique témoignant d'une relation thérapeutique adaptée : écoute active, qualité de la prise d'informations nécessaire à l'évaluation, qualité de la perception manuelle et habileté gestuelle…
- Intervenir de façon pertinente en situation d'urgence

Eléments de contenu

Pour le 1er objectif :

- Présentation des principes, indications et contre-indications des différentes techniques ou moyens physiques utilisés en massage et en kinésithérapie
- Technologie d'évaluation et d'intervention dans le champ musculo-squelettique.
- Technologie d'évaluation et d'intervention dans le champ neuromusculaire.
- Technologie d'évaluation et d'intervention dans le champ tégumentaire.
- Technologie d'évaluation et d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire et interne.

Pour le 2e objectif :

- Déficiences emblématiques de mobilité (des structures et fonctions) et technologie adaptée appliquée aux membres, au tronc et à la tête.
- Déficiences emblématiques de motricité et d'extensibilité musculaire (des structures et fonctions) et technologie adaptée appliqués aux membres, au tronc et à la tête.
- Déficiences emblématiques relatifs à la posture et à la locomotion et technologie adaptée.
- Déficiences, limitation d'activité et restriction de participation sociale dues à la douleur.
- Analyse de l'organisation d'une séance de massage et de kinésithérapie orientée sur le traitement d'une déficience

Pour le 3e objectif :

- Connaissances, méthodes et pratiques éducatives permettant le développement des qualités requises.

Pour le 4e objectif :

- Gestes et soins d'urgence AFGSU niveau 2

Recommandations sur les éléments de contenu

Pour le 1er objectif :

A la suite d'une présentation introductive des moyens utilisés en kinésithérapie (UE 6), l'acquisition de la technologie professionnelle et le développement des capacités manuelles, palpatoires et gestuelles est conduit dans le cadre de travaux pratiques, à partir d'une approche par région corporelle avec l'objectif de développer une compétence à combiner les effets des différentes techniques de massage et de kinésithérapie pour assurer le traitement d'une déficience et la qualité d'une prise en charge globale de la personne traitée. Les techniques de manutention et les principes de l'ergonomie de la pratique professionnelle font l'objet d'un apprentissage intégré à l'enseignement des techniques et des pratiques masso-kinésithérapiques.

Présentation des principes, indications et contre-indications des différentes techniques ou moyens physiques utilisés en massage et en kinésithérapie

Technologie d'examen, d'évaluation et d'intervention masso-kinésithérapique dans le champ musculosquelettique.

- Examen, évaluations quantitative et qualitative des mobilités des membres, du tronc et de la tête
- Technologies actives et passives des structures articulaires, périarticulaires et tégumentaires des membres, du tronc et de la tête
- Examen, évaluations quantitative et qualitative du muscle strié des membres, du tronc et de la tête.
- Technologies actives et passives du muscle strié des membres, du tronc et de la tête.

Technologie d'examen, d'évaluation et d'intervention masso-kinésithérapique dans le champ neuromusculaire

- Examen, évaluations quantitative et qualitative du muscle appliquées au champ neuromusculaire.
- Techniques et outils d'intervention de facilitation neuromusculaire.
- Examen, évaluations quantitative et qualitative des équilibres statiques et dynamiques et de la posture
- Techniques et outils d'intervention dans le cadre de la rééducation de la posture et de l'équilibre
- Examen, évaluation et technologie proprioceptives
- Examen, évaluations quantitative et analyse qualitative de la gestuelle et de la coordination (locomotion, préhension, …)
- Techniques et outils d'intervention de la gestuelle et de la coordination (locomotion, préhension,…)

Technologie d'examen, d'évaluation et d'intervention masso-kinésithérapique dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire et des organes internes

- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention de la mécanique ventilatoire et de l'encombrement bronchique
- Examen, évaluations et technologies appliquées aux appareils respiratoire et cardio-vasculaire
- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention des systèmes veineux et lymphatiques
- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention de l'adaptation à l'effort
- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention de la fonction digestive et de la sphère périnéale

Technologie d'examen, d'évaluation et d'intervention masso-kinésithérapique dans le champ tégumentaire

- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention de la peau
- Examen, évaluation, technologie et outils d'intervention des structures sous cutanées

Pour le 2e objectif :

- Le choix des déficiences emblématiques relève du projet pédagogique de l'institut et se fonde sur des critères d'épidémiologie, d'actualité scientifique et d'apport de la kinésithérapie.
- Le traitement des déficiences sera fondé sur l'analyse de l'origine des lésions et des processus physiopathologiques sous-jacents (approche hypothético-déductive)
- L'optimisation des effets des différentes techniques utilisées et l'organisation de la séance ou du traitement

Pour le 3e objectif :

- Identification des critères et indicateur d'évaluation de la qualité de la pratique kinésithérapique.
- Aptitude à améliorer la qualité des gestes techniques et de la proposition thérapeutique
- Autoévaluation des effets et des ressentis de la pratiques réalisée

Pour le 4e objectif :

- Formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 conforme à l'arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence

Recommandations pédagogiques :	**Modalités d'évaluation**
Les concepts qui organisent les technologies de massage et de kinésithérapie sont mis en lien avec les pratiques. Les réalisations pratiques seront précédées par les apports théoriques de l'UE 6 et se fondent sur la littérature professionnelle et scientifique Articuler les thèmes d'évaluation, de techniques et outils d'intervention avec les différentes technologies (observation, palpation et massothérapie, bilan de mobilité et mobilisations articulaires, évaluation musculaire et technologies du muscle strié, …) Utiliser l'analyse du mouvement pour comprendre et maitriser ses pratiques Mettre en œuvre un travail personnel guidé permettant les transferts technologiques sur d'autres zones topographiques Faciliter le travail personnel et l'apprentissage en petit groupe, l'expérimentation des effets des mouvements et des techniques et les répétitions technologiques, Inciter les étudiants à auto-évaluer et à optimiser leurs installations, positionnements et gestes, et à développer l'attention nécessaire à l'efficacité des techniques. Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage	Evaluation écrite et/ou orale Evaluation pratique en situation Délivrance de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence en fin de formation **Critères d'évaluation** Pertinence des moyens et des techniques utilisés pour traiter la déficience Capacité à mettre en œuvre une intervention et une gestuelle professionnelle précise prenant en compte la singularité de la personne. Efficacité et habileté dans l'exécution technique Confort assuré au patient Ergonomie du geste et de l'intervention

UE 8 Méthodes de travail et méthodes de recherche		
Semestres 1, 2, 3 et 4 Compétence 8		
CM : 15	**TD : 25**	**TP : 60**
ECTS : 4		

Objectifs

Méthodes de travail

- Connaître et savoir utiliser les codes, les normes et les outils de communication écrite et orale professionnelle et scientifique
- Maîtriser les outils de traitement et de présentation synthétique de l'information
- s'initier aux méthodologies de résolution de problème et de conduite de projet
- Acquérir différentes méthodes d'apprentissage collaboratives (notamment en utilisant les TIC) par la réalisation de productions individuelles et collectives

Méthodes de recherche

- Se former à et par la démarche scientifique pour développer une pratique réflexive en s'appuyant sur les sciences biomédicales, les sciences humaines et les sciences du mouvement
    - Utiliser les outils d'un service de documentation
    - Identifier, sélectionner et utiliser les bases de données scientifiques
    - Réaliser une recherche documentaire, une revue de littérature
    - Acquérir les connaissances en statistiques nécessaires pour comprendre et analyser un article
    - Acquérir les connaissances sur les méthodes de recueil et de traitement de données qualitatives et quantitatives
    - Analyser et synthétiser des articles professionnels et scientifiques
    - Connaitre et comprendre les différentes méthodes de recherché
    - Développer ses capacités de lecture critique et d'utilisation en pratique de la littérature professionnelle et scientifique

Eléments de contenu

Méthodes de travail

- Les outils de communication écrite et orale et l'utilisation de différents supports
- La méthodologie de résolution de problème et la méthodologie de projet
- Certification en informatique et internet : inscription au niveau 1 du C2I

Méthodes de recherche

- Méthodologie de la recherche documentaire
- Utilisation des bases de données scientifiques
- Méthodologie d'analyse critique d'articles scientifiques
- Méthodes et outils de recueil et de traitement de données qualitatives et quantitatives

Recommandations sur les éléments de contenu

Méthodes de travail

- Les outils de communication écrite et orale et l'utilisation de différents supports
    - Prise de parole en groupe, argumentation d'un un point de vue dans un groupe
    - Présentation et discussion orale d'un travail personnel
    - Analyse et synthèse des articles des revues pofessionnelles ou scientifiques utilisées en kinésithérapie
    - Problématisation des questions soulevées dans un texte scientifique et/ou professionnel
    - Contextualisation et définition des concepts clés et des apports d'un texte
    - Rédaction d'une production écrite claire, concise et référencée : problématiser et organiser une réflexion, rédiger un questionnement et une argumentation, améliorer la construction logique des phrases et retenir l'attention du lecteur par la proposition d'illustrations pertinentes
- Les principes des méthodologie de résolution de problème et de conduite de projet
- Certification en informatique et internet : inscription au niveau 1 du C2I

Méthodes de recherche

- Méthodologie de la recherche documentaire
- Utilisation des bases de données scientifiques
- Méthodologie d'analyse critique d'articles scientifiques
- Maîtrise d'un logiciel de références bibliographiques…
- Méthodes et outils de recueil et de traitement de données qualitatives et quantitatives :
    - Les différentes étapes du processus de mesure et les différentes validités qui s'y rapportent,
    - L'identification des différentes variables et leur relation avec les différents plans expérimentaux,
    - Les bases théoriques de l'analyse descriptive de données et des analyses statistiques,
    - La compréhension des notions de propriétés d'un test clinique…

L'accent doit être mis sur l'acquisition des connaissances socles en lien avec les méthodes de recherche applicables dans le champ de la santé et les aspects constitutifs de la démarche scientifique avec un ancrage sur la pratique basée sur l'évidence (Evidence Based Practice Process):

- En partant d'une interrogation rencontrée sur le terrain ou lors d'un enseignement pour susciter une réflexion fondée sur les apports de la littérature professionnelle et scientifique
- En familiarisant l'étudiant à la pratique de la recherche documentaire dans différentes disciplines du domaine de la santé pour approfondir ses enseignements et enrichir son questionnement professionnel

Recommandations pédagogiques :

Enseignement en lien avec l'anglais scientifique

Enseignement en lien avec les stages de terrain et le questionnement professionnel de l'étudiant

Rechercher un équilibre entre les productions individuelles et collectives

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite ou/et orale et/ou production de rapports ou d'exposés se rapportant à des travaux individuels ou collectifs

Critères d'évaluation

Utilisation pertinente des sources

Maîtrise des outils de traitement et de présentation des informations

Maîtrise des connaissances sur les méthodes de recherche

UE 9 Langue anglaise professionnelle

Semestres 1 à 4 **Compétence 8**

CM : 0	TD : 40	TP : 60

ECTS : 4

Objectifs

- Comprendre les points essentiels d'une conversation exprimée dans un langage clair et standard.
- Produire un discours simple et cohérent sur des sujets familiers.
- Comprendre, connaître et utiliser le vocabulaire spécifique à la santé et à la kinésithérapie.
- Être en capacité de réaliser une prise en charge kinésithérapique avec un patient anglophone.
- Comprendre les points essentiels d'un article scientifique relatif à la kinésithérapie.
- Être informé sur l'organisation de la kinésithérapie dans les principaux pays anglophones.

Eléments de contenu

- La compréhension écrite et orale, l'expression orale, l'expression écrite, la grammaire et le lexique de l'anglais scientifique et médical,
- Situations de communication courantes dans un contexte de prise en charge kinésithérapique.

Recommandations sur les éléments de contenu

- Grammaire anglaise de niveau utilisateur indépendant (B1).
- Éléments de vocabulaire médical : anatomie, premiers soins, la douleur, principales pathologies, techniques de rééducation, etc…
- Anglais dans un contexte professionnel : interrogatoire, questionnement, description de tâches, d'exercice, d'une pathologie, etc. ; faire des recommandations, débattre d'un problème, se justifier, etc…
- Structure des articles scientifiques en anglais, identification des mots clés, analyse de texte.
- L'organisation internationale de la physiothérapie ; la physiothérapie au Royaume-Uni, en Australie, au Canada, et aux États-Unis.

Recommandations pédagogiques :

Privilégier l'organisation des TD en effectif restreint.
S'appuyer sur la participation active de l'étudiant afin d'obtenir de lui une expression pouvant contenir des fautes, mais spontanée et de plus en plus aisée.
L'apprentissage sera basé sur la mise en situation : organisation de débat, incitation à l'échange.
Des enseignements peuvent êtres mutualisés avec d'autres UE (notamment l'UE 8).
Encourager les étudiants à développer une culture internationale de la physiothérapie.
Viser un niveau d'anglais B1 en fin de S4.

Modalités d'évaluation

Évaluations orales et écrites.

Critères d'évaluation

Capacité de l'étudiant à participer à un échange sur un sujet en lien avec la kinésithérapie.

Capacité de l'étudiant à comprendre et retranscrire les points essentiels d'un article issue de littérature scientifique en lien avec la kinésithérapie.

UI 10 Démarche et pratique clinique : Elaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive

Semestres : 3 - 4	Compétences 1 et 11	
CM : 10 h	**TD : 40 h**	**TP : 75 h**
ECTS : 5		

Objectifs

- Utiliser les bases méthodologiques nécessaires à l'élaboration du raisonnement professionnel et à l'analyse réflexive des situations rencontrées en kinésithérapie.
- Repérer la singularité des personnes et des situations
- Utiliser ses acquis de l'expérience et les transposer dans des situations nouvelles

Eléments de contenu

Cette UI vise l'intégration des acquis du 1er cycle, qu'ils soient théoriques, pratiques ou expérientiels. Elle permet l'initiation à l'analyse réflexive en kinésithérapie à partir de situations réelles et vécues.
Les activités proposées visent à mobiliser les acquis méthodologiques nécessaires au développement des 11 compétences du référentiel professionnel : l'élaboration du raisonnement professionnel en est le fil conducteur
Pour l'analyse des situations vécues en stage (S3-S4) ou dans la formation, il est recommandé de travailler sur les méthodes et le raisonnement qui concourent à la réalisation de : la conduite d'un entretien, l'observation, la prise de mesure, l'évaluation, la recherche d'information, l'analyse d'une situation de soin, la résolution d'un problème, la prise de décision, la construction d'une intervention, l'élaboration et la conduite d'un projet, le travail en coproduction, la traçabilité, la communication orale et écrite.

Les niveaux visés pour le développement de chacune des 11 compétences sont :

- Observer une situation de soin et initier un questionnement professionnel au regard de données de la littérature (compétence 1)
- Connaître la démarche de projet et les outils simples pour son suivi (compétence 2)
- Analyser une séance de kinésithérapie au regard des objectifs visés (compétence 3)
- Analyser une relation professionnelle avec un patient vécue en stage clinique (compétence 4)
- Connaître les principes de la démarche de suivi, de prévention et de dépistage dans le domaine de la kinésithérapie en santé publique (compétence 5)
- Repérer les situations de prestation d'expertise et de conseil (compétence 6)
- Observer et analyser la réalisation de prestation en kinésithérapie (compétence 7)
- Rechercher et utiliser les différents types de données utiles à la compréhension d'une situation clinique (compétence 8)
- Observer et questionner le fonctionnement d'un service et d'une structure (compétence 9)
- Savoir coopérer dans des activités de formation et dans l'apprentissage (compétence 10)
- Repérer les méthodes pédagogiques pour faciliter les apprentissages (dont gestuels) (compétence 11)

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
Le travail sur les situations professionnelles se fera à partir des situations cliniques rencontrées lors du stage semestriel et/ou de situations proposées par le formateur. Les objectifs des travaux à réaliser seront présentés aux étudiants en amont du stage afin qu'ils puissent concevoir et préparer leur recueil d'information. Les activités pédagogiques sont organisées en sous-groupes pour permettre les échanges entre les apprenants et avec les animateurs-évaluateurs des TD ou des séances de présentation. La présentation orale des travaux se fonde sur la réalisation d'un travail écrit, individuel ou collectif. L'objectif des présentations de travaux est de favoriser et d'évaluer la construction du raisonnement professionnel, à partir d'appréciations argumentées et discutées, relatives à la pertinence, au regard de la problématique étudiée, des données recherchées et des interprétations présentées.	Etudes de cas et/ou analyses de situations et/ou rapports de stage et/ou exposés Evaluation des acquis méthodologiques requis pour les 11 compétences **Critères d'évaluation** Pertinence et qualité des analyses de situations vécues en stage ou en formation et qualité de leurs présentations écrite et/ou orale Qualité du recueil des données de terrain et des examens cliniques relatés Pertinence des ressources théoriques ou des références techniques convoquées Compréhension des diagnostics professionnels (médical, infirmier et kinésithérapique, …) organisateurs de la prise en soin et des traitements proposés Richesse de l'analyse de la situation et du questionnement professionnel Capacité d'analyse des situations relationnelles Maîtrise des connaissances et utilisation du vocabulaire appropriée Mise en œuvre d'une communication adaptée pour présenter la situation et pour échanger avec les participants à la séance.

UE 11 Formation à la pratique en masso-kinésithérapie		
Semestres : 1, 2, 3 et 4		
CM :	**TD : 630 h**	**TP : 80 h**
ECTS : 18		
Stage 1	**2 à 3 ECTS**	***Stages cliniques*** en établissements de santé ou en soins ambulatoires
Stage 2	**3 à 4 ECTS**	
Stage 3	**6 ECTS**	
Stage 4	**6 ECTS**	

- Un stage temps plein par semestre sur la base de 35 h par semaine
- Récupération d'un stage non validé ou possibilité d'un stage anticipé pendant la période des congés d'été dans des situations particulières
- Possibilité d'un stage temps plein sur 2 structures

Objectifs

Stage 1 (environnement professionnel) en S1

- Découvrir le système de santé, l'environnement professionnel en établissement de santé ou en soins ambulatoires.
- Construire ses représentations du métier de MK selon les différents modes d'exercice.
- Observer les relations interprofessionnelles dans l'équipe de soins, avec les médecins ou tout autre professionnel de santé, comprendre les rôles des différents professionnels.

Stage 2 (parcours du patient) en S2

- Observer, comprendre, s'informer afin de prendre conscience des différentes tâches qui s'imposent au kinésithérapeute (thérapeutique, relationnelle, administrative)
- S'intégrer au sein d'une équipe soignante et observer les relations thérapeutiques avec les patients et/ou l'entourage
- Prendre connaissance du service de soins, de kinésithérapie et de l'environnement matériel du patient.
- S'initier aux soins de santé primaire, avec une attention particulière pour l'hygiène, l'asepsie et la surveillance du patient (sécurité des soins).
- S'initier aux bases générales de la profession de kinésithérapeute, avec mise en application de la technologie de base et du respect des grands principes étudiés durant le *1er* cycle.
- Produire un rapport d'étonnement et se préparer à l'exposé "Étonnements et expériences en kinésithérapie" suivant les consignes indiquées de l'IFMK.

Stages 3 et 4 en S3 et S4

- Réaliser des examens clinique et des évaluations des fonctions organiques et structures anatomiques, des activités et de la participation du patient (sur la base de la Classification Internationale du Fonctionnement).
- Pratiquer et justifier les moyens utilisés en référence aux connaissances contributives (anatomie, cinésiologie, physiopathologie, …) et à la littérature en kinésithérapie.
- Analyser la posture du MK en situation professionnelle et en identifier les éléments remarquables.
- Comprendre le raisonnement professionnel et s'initier à l'élaboration du diagnostic kinésithérapique
- Valider l'ensemble des 11 compétences à un niveau 1 «d'acquis méthodologiques », en lien avec l'UE 10 « élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive »

Recommandations pédagogiques : **À l'IFMK** - Accompagner l'étudiant dans la formulation de ses objectifs de stage - Favoriser la traçabilité de l'expérience du stagiaire dans le portfolio - Favoriser la distanciation de l'étudiant lors de débriefing de stage - Etablir le lien avec le responsable et le tuteur de stage - Etablir le lien avec l'unité d'intégration UE 10 « élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive » **En stage** - Problématiser la situation de travail pour l'apprenant, rendre les situations de travail formatrices - Organiser et superviser les activités d'apprentissage de l'étudiant - Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique (expliquer son raisonnement et sa pratique). - Favoriser l'habileté gestuelle par des démonstrations pratiques de l'étudiant - Animer des séances d'information et de réflexion sur la santé, la prise en charge des personnes et de l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé. - Favoriser les recherches personnelles de l'étudiant	**Modalités d'évaluation** Evaluation des 11 compétences visées au niveau du cycle 1 : auto-évaluation et évaluation par le tuteur (tableaux concernant chaque stage à renseigner dans le portfolio) Evaluation par le tuteur selon les critères indiqués dans la grille d'évaluation cycle 1 du portfolio **Critères d'évaluation** Sécurité des personnes (patients, aidants, soignants) Respect du code de déontologie et de l'éthique de la profession Respect des règles du fonctionnement propre à l'établissement (ponctualité, hygiène, procédures...) Prise en soin adaptée en fonction du cycle de formation *Cycle 1 :* Mobilisation adaptée des connaissances fondamentales, des bilans et techniques en kinésithérapie. Connaissance de la démarche du raisonnement clinique Niveau d'autonomie au regard des objectifs du stage Comportement et communication adaptée à la situation professionnelle Capacité à évoluer au cours du stage

UE 12 - Optionnelle Cycle 1		
Semestres : 1 et 2		
CM : 10	**TD : 10**	**TP : 30**
ECTS : 2		

Objectifs

- Approfondir un domaine de formation ou d'apprentissage professionnel
- Mener une réflexion sur l'orientation de ses projets de formation et professionnel
- Réaliser des rencontres professionnelles
- Découvrir un domaine d'exercice
- Réaliser une production individuelle ou collective ou une action en rapport avec la formation

Eléments de contenu

- Selon le choix de l'étudiant et les ressources, un domaine d'enseignement est approfondi, soit par les enseignements proposés, soit par des enseignements à distance, soit par des visites sur des lieux de travail, des rencontres de personnes ressources, des travaux guidés et évalués…

Recommandations pédagogiques :

Cette U.E optionnelle doit permettre à l'étudiant de découvrir et de mener une réflexion dans le domaine d'exercice en lien avec son projet professionnel

L'autonomie est laissée à l'étudiant pour le choix de son approfondissement. Il peut s'agir de valider un MOOC.

Les formateurs peuvent également proposer des travaux dans des domaines qui leur semblent pertinents

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale

Critères d'évaluation

Pertinence du sujet traité ou de l'action menée

Lien avec le projet professionnel

Clarté du rapport et de sa présentation

UE 13 - Optionnelle Cycle 1		
Semestre : 3 et 4		
CM : 10	TD : 10	TP : 30
ECTS : 2		

Objectifs

- Approfondir un domaine de formation ou d'apprentissage professionnel
- Mener une réflexion sur l'orientation de ses projets de formation et professionnel
- Réaliser des rencontres professionnelles
- Découvrir un domaine d'exercice
- Réaliser une production individuelle ou collective ou une action en rapport avec la formation

Eléments de contenu

- Selon le choix de l'étudiant et les ressources, un domaine d'enseignement est approfondi, soit par les enseignements proposés, soit par des enseignements à distance, soit par des visites sur des lieux de travail, des rencontres de personnes ressources, des travaux guidés et évalués…

Recommandations pédagogiques :

Cette U.E optionnelle doit permettre à l'étudiant de découvrir et de mener une réflexion dans le domaine d'exercice en lien avec son projet professionnel

L'autonomie est laissée à l'étudiant pour le choix de son approfondissement. Il peut s'agir de valider un MOOC.

Les formateurs peuvent également proposer des travaux dans des domaines qui leur semblent pertinents

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale

Critères d'évaluation

Pertinence du sujet traité ou de l'action menée

Lien avec le projet professionnel

Clarté du rapport et de sa présentation

UE 14 Droit, Législation et Gestion d'une structure		
Semestre : 7	**Compétences 9 et 11**	
CM : 45	**TD : 15**	**TP : 90**
ECTS : 6		

Objectifs

- Connaître les grands principes du droit, la législation professionnelle, les questions de responsabilité médicale nécessaires pour l'exercice d'une profession de santé et de la kinésithérapie
- Connaître les divers types d'exercice et la gestion en exercice libéral.
- Connaître la déontologie professionnelle et le droit de prescription

Eléments de contenu

- Les grands principes du droit, la législation professionnelle, les divers régimes de responsabilité, les principaux codes intéressant la profession
- Les différents modes d'exercice, les établissements, l'entreprise individuelle, les divers types de société, l'installation et la gestion en exercice libéral.
- L'organisation de la protection sociale et de l'assurance maladie
- La déontologie professionnelle et le droit de prescription

Recommandations sur les éléments de contenu

Pour le 1er objectif :

- Les grands principes du droit, la hiérarchie des normes
- L'organisation de la justice en France (judiciaire, administrative et structures disciplinaires)
- Les principaux codes intéressant la profession (code de la santé publique, code de la sécurité sociale, code du travail, code pénal et code civil
- La démocratie sanitaire et les droits du patient,
- La loi sur l'égalité des chances, la réglementation en lien avec le handicap et la dépendance
- L'organisation du système de santé (institutions, agences,..) ett des professions de santé,
- La législation professionnelle : textes régissant la profession, ses modes d'exercice et la formation initiale et continue, les syndicats et associations
- Les comités d'éthique, les structures ordinales, l'inscription au tableau, spécificités de l'OMK
- Les divers régimes de responsabilité : civile, pénale, administrative, professionnelle (sécurité sociale, disciplinaire …)
- E-santé, santé connectée et dossier individuel patient

Pour le 2e objectif :

- les contrats,
- les différents modes d'exercice
- Les établissements (public, privé à but non lucratif, privé à but lucratif) le statut de la fonction publique hospitalière, les principales conventions, les instances et le projet d'établissement, gestion des ressources humaines, gestion de l'information,
- Entreprise individuelle, les divers types de société, l'installation (choix d'un lieu d'exercice, étude démographique, évaluation des besoins / démographie, financement, équipement, les formes juridiques d'exercice, …,) la convention, l'exercice conventionné et non conventionné, l'exercice dans le cadre de réseaux de soin, HAD, maisons de santé, les normes de sécurité et d'accessibilité, la gestion administrative, comptable et financière d'un cabinet ou d'une structure, les responsabilités de l'employeur, fiscalité
- L'organisation de la protection sociale et de l'assurance maladie : régime obligatoire, régime complémentaire, le financement et la couverture des dépenses de santé
- La formation continue tout au long de la vie, le Développement Professionnel Continu
- L'encadrement de stagiaires en formation initiale

<table>
<tr><td colspan="2">Pour le 3e objectif :
- Connaissance et mise en application du code de déontologie.
- Etude de cas et initiation à la réflexion éthique
- Le cadre légal et la mise en œuvre du droit de prescription du kinésithérapeute</td></tr>
<tr><td>Recommandations pédagogiques :
Etablir le lien avec le projet professionnel de l’étudiant
Etablir les liens avec les stages et les différents modes d’exercice de la kinésithérapie</td><td>Modalités d’évaluation
Evaluation écrite et/ou orale et/ou présentation de dossiers

Critères d’évaluation
Maîtrise des connaissances sur le cadre réglementaire
Compréhension de la législation professionnelle se rapportant aux différents modes d’exercice
Maîtrise des connaissances sur les règles de gestion d’une structure
Capacité à mettre en œuvre les règles de déontologie professionnelle</td></tr>
</table>

UE 15 : Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculo-squelettique

Semestres : 5 et 6	Compétence 1	
CM : 50	TD : 10	TP : 90
ECTS : 6		

Objectifs

- Connaître les pathologies prévalentes du champ musculo-squelettique, depuis leur exploration diagnostique jusqu'à leur traitement.
- Repérer et utiliser, dans ces contextes cliniques, les données et les connaissances significatives qui permettront de concevoir l'évaluation et l'intervention kinésithérapique.
- Connaître et identifier dans un contexte clinique, les contre-indications à la prise en charge masso-kinésithérapeutique, ainsi que les critères imposant une réévaluation du patient par le médecin
- Apprendre à étudier, de façon autonome, d'autres pathologies, et transférer la démarche méthodologique acquise, notamment dans un contexte de polypathologies.

Eléments de contenu

- Sémiologie caractéristique des pathologies du système musculo-squelettique, exploration diagnostique médico-chirurgicale et physiopathologie correspondante. Le champ musculo-squelettique regroupe l'ensemble des pathologies traumatiques, rhumatologiques et orthopédiques et concerne tous les âges de la vie. La sémiologie est privilégiée et reliée aux modalités d'examen clinique et à la physiopathologie correspondante
- Généralités concernant les principes et les réponses thérapeutiques médicales et chirurgicales utilisées dans les atteintes du champ musculo-squelettique.
- Signes cliniques et déficiences caractéristiques du système musculo-squelettique, précédant et/ou succédant à la réponse thérapeutique médico-chirurgicale, base du diagnostic kinésithérapique :
    - Leurs modalités d'évaluation (examens cliniques et paracliniques),
    - Les atteintes tissulaires qui leur correspondent (de la lésion à la réparation),
    - Leurs interactions avec les autres systèmes et fonctions,
    - Conséquences des déficiences sur l'activité et sur la participation de la personne
- Repérage et utilisation des données et des connaissances significatives qui permettront de concevoir l'évaluation et l'intervention kinésithérapique notamment dans un contexte de polypathologies.

Recommandations sur les éléments de contenu

Traumatologie

- Généralités. Approche chirurgicale des différents types de lésions, modalités d'explorations diagnostiques et principes des traitements, incluant leur réalisation et leur suivi.
- Localisations : membre supérieur, membre inferieur, rachis, amputés, polytraumatisés et brûlés.
- Types de traumatismes : fractures, luxations, plaies et contusions, entorses, entorses et luxations, lésions ligamentaires, lésions tendineuses, traumatismes vasculaires, traumatismes nerveux, traumatismes musculaires et tendineux, amputations, infections, tumeurs des os et des parties molles, brûlures, ….

- Démarche thérapeutique : épidémiologie, tableau clinique, exploration diagnostique (examens clinique et paraclinique) diagnostic, thérapeutiques médicales et chirurgicales avec leurs modalités (indications, classifications, techniques chirurgicales, résultats, pronostics, complications, séquelles), différents types de matériel chirurgical et leurs propriétés, suites post-opératoires (dont soins, surveillance des risques, rééducation…).
- Points spécifiques : les traitements des séquelles. Les fractures chez l'enfant : particularités épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques.

Rhumatologie

- Généralités : processus dégénératif et processus inflammatoire, classifications, exploration diagnostique, principes généraux des traitements médicaux et chirurgicaux, pronostics.
- Pathologies et syndromes :

  Ostéoporose, polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite inflammatoire, arthropathies micro-cristallines (goutte, chondrocalcinose), arthrites, rachialgies, radiculalgies, syndrome canalaire, arthroses (et ses différentes localisations), infections ostéo-articulaires de l'enfant et de l'adulte, syndrome douloureux régional complexe, tumeurs des os primitives et secondaires, ostéonécroses, fibromyalgie.
- Affections abarticulaires : atteintes de l'appareil locomoteur compte tenu de leur localisation : épaule, coude, poignet et main, hanche, genou, cheville et pied (épaule capsulaire, tendinopathies, épicondylite, ténosynovites, maladie de dupuytren,…)
- Thérapeutiques médicales et chirurgicales : explorations, diagnostics, thérapeutiques, incluant la chirurgie prothétique…

Orthopédie Pédiatrique

- Généralités : croissance et développement neuro-moteur de l'enfant ; principes de l'examen clinique orthopédique chez l'enfant ; principes et modalités de la prise en charge thérapeutique dans le cadre des affections de l'appareil locomoteur.
- Pathologies :
  - Nouveau-né et nourrisson :
    - Hanche : luxations ; dysplasies ; bassin asymétrique congénital,
    - Pied : déformations, malformations et malpositions du pied chez le nouveau-né,
    - Rachis : torticolis congénital,
    - Paralysie obstétricale du plexus brachial ; arthrogrypose…
  - Enfant et adolescent :
    - Déformations des membres inférieurs : Genu varum ; Genu valgum ; pieds plats et pieds creux, inégalités de longueur des membres inférieurs ; dysplasie et subluxation fémoro-patellaire,
    - Boiteries de l'enfant,
    - Rachis : scolioses ; anomalies de courbures sagittales (dos plat, dos creux…) ; malformations congénitales ; spondylolyse et spondylolisthésis de l'enfant et de l'adolescent ; torticolis ; tumeurs et infections ; tuberculoses…
    - Déformations du membre supérieur
    - Rhumatologie de l'enfant : lombalgies de l'enfant ; rhume de hanche ; infections ostéo-articulaires primitives : ostéomyélites, arthrites septiques, arthrites inflammatoires ; arthrite juvénile idiopathique (maladie de Still),…
    - ostéochondrites : ostéochondrite primitive de hanche ; maladie de Scheuermann ; maladie d'Osgood-Schlatter ; maladie de Blount,…
    - épiphysiolyse fémorale supérieure,…
    - Traumatologie de l'enfant : fractures ; atteintes épiphysaires, diaphysaires, fractures-avulsions, pronation douloureuse,…
- Thérapeutiques : démarches thérapeutiques et principales modalités ; contentions, appareillage, chirurgie de l'enfant, séquelles et leurs traitements...)

  Conséquences du traitement orthopédique des atteintes neurologiques (enfants paralysés cérébraux…)

Recommandations pédagogiques : La sémiologie et la physiopathologie précèdent la pathologie, de manière à favoriser la compréhension du dysfonctionnement avant d'aborder les processus pathologiques et thérapeutiques. Pour l'apprentissage de la pathologie, privilégier des études de situations cliniques. Développer les processus et les caractéristiques des pathologies et de leurs thérapeutiques, depuis leur exploration diagnostique jusqu'à leur traitement. On insistera sur les données et les connaissances utiles à la conception du traitement kinésithérapique (évaluation et intervention). Le choix des pathologies prévalentes retenues relève du projet pédagogique de l'institut de formation. Au travers des cours, des travaux dirigés et des évaluations, le dispositif de formation favorise l'acquisition du raisonnement clinique kinésithérapique au regard des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation engendrées. On privilégiera l'analyse des risques, les vigilances et les conduites à tenir qui s'imposeront lors de la conception et de la conduite du traitement kinésithérapique (UE 18). Les enseignements s'appuient sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles. Ces enseignements seront réalisés de façon coordonnée entre les intervenants : médecins, kinésithérapeutes, …	**Modalités d'évaluation** Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers. **Critères d'évaluation** Maîtrise des connaissances sur les signes fondamentaux Maîtrise des connaissances sur les traitements et la place de la kinésithérapie Capacité à établir des liens entre sémiologie, physiopathologie, pathologie et thérapeutique Mobilisation des connaissances en situation pour concevoir et adapter l'intervention kinésithérapique, de l'examen clinique à l'évaluation au suivi du traitement. Utilisation d'un vocabulaire rigoureux et précis

UE 16 Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire

Semestres : 5 et 6 Compétence 1

CM : 50	TD : 20	TP : 105

ECTS : 7

Objectifs

- Connaître les pathologies prévalentes du champ neuromusculaire rencontrées dans l'activité professionnelle. Leur processus et leurs caractéristiques habituelles seront développées, depuis l'exploration diagnostique jusqu'à leur traitement.
- Repérer et utiliser, dans ces contextes cliniques prévalentes, les données et les connaissances significatives qui permettront de procéder à l'évaluation et mettre en place l'intervention kinésithérapique appropriées.
- Connaitre et identifier dans un contexte clinique, les contre-indications à la prise en charge kinésithérapeutique, ainsi que les critères imposant une réévaluation du patient par le médecin
- Apprendre à étudier, de façon autonome, d'autres pathologies, et transférer la démarche méthodologique acquise.
- Repérer et prendre en compte les éléments de connaissance ayant une incidence significative sur les structures et les fonctions neuromusculaires ainsi que leurs retentissements sur les activités fonctionnelles et sociales, pour concevoir l'évaluation et l'intervention kinésithérapique.

Eléments de contenu

- Sémiologie caractéristique des pathologies du système neuromusculaire, exploration diagnostique médico-chirurgicale et physiopathologie correspondante.

  Le champ neuromusculaire regroupe l'ensemble des pathologies touchant les grandes fonctions neuromusculaires (tonus, qualité de la contraction musculaire, équilibre et mouvement, mastication/déglutition, continence), perceptives et cognitives (fonctions sensorielles attention, conscience, perception, praxie, expression..) et concerne ici tous les âges de la vie : du nouveau-né à la personne âgée.
- Généralités concernant les principes et les réponses thérapeutiques médicales et chirurgicales utilisées dans les atteintes du champ neuromusculaire.
- Signes cliniques et déficiences caractéristiques du système neuromusculaire, précédant et/ou succédant à la réponse thérapeutique médico-chirurgicale, base du diagnostic kinésithérapique :
  - Leurs modalités d'évaluation (examens cliniques et paracliniques),
  - Les atteintes tissulaires qui leur correspondent (de la lésion à la réparation),
  - Leurs interactions avec les autres systèmes et fonctions,
  - Conséquences des déficiences sur l'activité et sur la participation de la personne

  La connaissance des conséquences fonctionnelles des maladies et des thérapeutiques médico-chirurgicales constituent la base de l'approche kinésithérapique.

Recommandations sur les éléments de contenu

Les enseignements privilégient l'étude des pathologies prévalentes, de leurs processus physiopathologiques et de leurs thérapeutiques.

L'étude des pathologies se fonde sur la connaissance des étiologies, des signes et tableaux cliniques (phases, formes…), des explorations diagnostiques correspondantes, des évolutions et pronostics, des thérapeutiques médicales et chirurgicales et de leurs démarches : indications, interventions, résultats, suites…

Les contenus concernent les champs de la neurologie et s'appuient sur leurs modalités thérapeutiques et leurs localisations régionales [neurologiques centrales (cérébrales, médullaires), périphériques et neurovégétatives].

L'étude des spécificités du patient sera progressivement intégrée aux situations cliniques : facteurs de risques, comorbidités, terrain, environnement psychosocial…

A partir de la sémiologie et de la physiopathologie, seront abordées les pathologies et tableaux cliniques prévalents des :

- Syndromes neurogènes périphériques (atteintes radiculaires, défilés, atteintes tronculaires)
- Myopathies, myasthénies et myosites
- Syndromes pyramidaux (paraplégie, tétraplégie, hémiplégie)
- Syndromes extra-pyramidaux
- Syndrome cérébelleux
- Syndrome méningé
- Syndrome vestibulaire
- Affections associant plusieurs syndromes (sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique)
- Affections traumatiques et tumorales (traumatisme crânien, tumeurs, neurinomes et hyperpression intra-cranienne)
- Epilepsies
- ….

Les thérapeutiques seront notamment expliquées au regard de la mise en œuvre de la rééducation et de la kinésithérapie.

Recommandations pédagogiques :

La sémiologie et la physiopathologie précèdent la pathologie, de manière à favoriser la compréhension du dysfonctionnement avant d'aborder les processus pathologiques et thérapeutiques.

Pour l'apprentissage de la pathologie, privilégier des études de situations cliniques.

Développer les processus et les caractéristiques des pathologies et de leurs thérapeutiques, depuis leur exploration diagnostique jusqu'à leur traitement. On insistera sur les données et les connaissances utiles à la conception du traitement kinésithérapique (évaluation et intervention).

Le choix des pathologies prévalentes retenues relève du projet pédagogique de l'institut de formation.

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers.

Critères d'évaluation

Maîtrise des connaissances sur les signes fondamentaux

Maîtrise des connaissances sur les traitements et la place de la kinésithérapie

Capacité à établir des liens entre sémiologie, physiopathologie, pathologie et thérapeutique

Mobilisation des connaissances en situation pour concevoir et adapter l'intervention kinésithérapique, de l'examen clinique à l'évaluation au suivi du traitement.

Utilisation d'un vocabulaire rigoureux et précis

Au travers des cours, des travaux dirigés et des évaluations, le dispositif de formation favorise l'acquisition du raisonnement clinique kinésithérapique au regard des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation engendrées. On privilégiera l'analyse des risques, les vigilances et les conduites à tenir qui s'imposeront lors de la conception et de la conduite du traitement kinésithérapique (UE 18). Les enseignements s'appuient sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles. Ces enseignements seront réalisés de façon coordonnés entre les intervenants : médecins, kinésithérapeutes, …	

UE 17 Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire

Semestres : 5 et 6 **Compétence 1**

CM : 40	TD : 10	TP : 75

ECTS : 5

Objectifs

- Connaître les pathologies prévalentes des champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire rencontrées dans l'activité professionnelle, depuis l'exploration diagnostique jusqu'à leur traitement.
- Connaître, identifier et utiliser, à partir de la sémiologie caractéristique des systèmes respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire, les éléments significatifs ayant une incidence sur les structures et les fonctions de l'appareil impliqué.
- Repérer et utiliser, dans un contexte clinique, les données et les connaissances significatives qui permettront de procéder à l'évaluation, à la mise en place et au suivi de l'intervention kinésithérapique appropriée
- Connaître et identifier, dans un contexte clinique, les contre-indications à la prise en charge kinésithérapique, ainsi que les critères nécessitant une réévaluation médicale du patient.
- Participer à des actions de sensibilisation, d'éducation et de dépistage des pathologies des champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
- Apprendre à étudier, de façon autonome, d'autres pathologies, et transférer la démarche méthodologique acquise.

Eléments de contenu

- Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ respiratoire :
- Sémiologie, physiopathologie et pathologie concernant le champ cardio-vasculaire
- Sémiologie, physiopathologie et pathologie concernant le champ interne
- Pathologies du système tégumentaire

Recommandations sur les éléments de contenu

Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ respiratoire :

- Sémiologie respiratoire (anamnèse, signes cliniques, signes biologiques, examens de base et explorations fonctionnelles… qui permettent d'identifier le désordre et d'en comprendre les causes et conséquences.
- Pathologies et physiopathologies des principales affections de l'appareil respiratoire (syndromes obstructifs, restrictifs…).
- Conséquences et complications respiratoires des interventions chirurgicales (anesthésie, chirurgie thoracique, chirurgie abdominale…).
- De la défaillance respiratoire à la réanimation : principaux mécanismes et traitements médicaux (ventilations mécaniques, trachéotomies…).

Éléments de sémiologie, physiopathologie et pathologie concernant le champ cardio-vasculaire :

- Sémiologie cardio-vasculaire (anamnèse, signes cliniques, signes biologiques, examens de base et explorations fonctionnelles…) qui permettent d'identifier le désordre et d'en comprendre les causes et conséquences.

- Pathologies et physiopathologies des principales affections de l'appareil cardio-vasculaires (pathologies cardiaques, artérielles, veineuses et lymphatiques et leurs principaux traitements médicaux ou chirurgicaux).
- Conséquences et complications des pathologies cardio-vasculaires.

Éléments de sémiologie, physiopathologie et pathologie concernant le champ interne :

- Principaux tableaux des pathologies infectieuses, systémiques et auto-immunes.
- Principales pathologies de l'appareil digestif et leurs conséquences fonctionnelles (pathologies médicales et chirurgicales).
- Pathologies et physiopathologies liées à l'obésité et au diabète
- Sémiologie, physiopathologies et pathologies musculosquelettiques les plus fréquentes de la grossesse au post-partum.
- Pathologies sphinctériennes et du périnée (incontinences urinaires, anales ; vaginisme, anisme…) et notions de santé sexuelle.

Pathologies du système tégumentaire :

- Principales pathologies dermatologiques et leurs conséquences.
- Sémiologie, physiopathologies et traitements des lésions cutanées (escarres, ulcères, maux perforants, mélanome…).
- Les processus traumatiques (plaies et cicatrisation, les grands brûlés, greffe…).
- Notions de médecine et chirurgie esthétique.

Recommandations pédagogiques :

La sémiologie et la physiopathologie précèdent la pathologie, de manière à favoriser la compréhension du dysfonctionnement avant d'aborder les processus pathologiques et thérapeutiques.

Pour l'apprentissage de la pathologie, privilégier des études de situations cliniques.

Développer les processus et les caractéristiques des pathologies et de leurs thérapeutiques, depuis leur exploration diagnostique jusqu'à leur traitement. On insistera sur les données et les connaissances utiles à la conception du traitement kinésithérapique (évaluation et intervention).

Le choix des pathologies prévalentes retenues relève du projet pédagogique de l'institut de formation.

Au travers des cours, des travaux dirigés et des évaluations, le dispositif de formation favorise l'acquisition du raisonnement clinique kinésithérapique au regard des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation engendrées. On privilégiera l'analyse des risques, les vigilances et les conduites à tenir qui s'imposeront lors de la conception et de la conduite du traitement kinésithérapique (UE 18).

Les enseignements s'appuient sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles.

Ces enseignements seront réalisés de façon coordonnés entre les intervenants : médecins, kinésithérapeutes, …

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers.

Critères d'évaluation

Maîtrise des connaissances sur les signes fondamentaux

Maîtrise des connaissances sur les traitements et la place de la kinésithérapie

Capacité à établir des liens entre sémiologie, physiopathologie, pathologie et thérapeutique

Mobilisation des connaissances en situation pour concevoir et adapter l'intervention kinésithérapique, de l'examen clinique à l'évaluation au suivi du traitement.

Utilisation d'un vocabulaire rigoureux et précis

UE 18 Physiologie, sémiologie et physiopathologie spécifiques

Semestres : 5, 6 **Compétence 1**

CM : 50 h	TD : 10 h	TP : 90 h

ECTS : 6

Objectifs

Objectif 1 : Pédiatrie
- Connaître et comprendre le développement et la maturation des appareils et systèmes musculo-squelettique, neuromusculaire, cardio-vasculaire et respiratoire.
- Connaître les aptitudes et besoins de l'enfant et leurs évolutions en fonction de l'âge.
- Connaître et comprendre la sémiologie caractéristique des pathologies congénitales, génétiques et acquises touchant les différents appareils et systèmes et les particularités des traumatismes musculo-squelettiques, du nourrisson à l'adolescent.

Objectif 2 : Gérontologie
- Connaître et comprendre le vieillissement normal et pathologique des appareils et systèmes dans les champs musculo-squelettique, neuromusculaires, cardio-vasculaires, respiratoires, internes et cognitifs
- Connaître et comprendre les particularités de la sémiologie caractéristique des pathologies occasionnant des troubles fonctionnels chez le sujet âgé.

Objectif 3 : Sport et activités physiques
- Connaître et comprendre les adaptations physiologiques à l'exercice et la sémiologie caractéristique des pathologies liées à l'activité sportive.
- Connaitre les méthodes du reconditionnement à l'effort
- Connaître et savoir recommander les adaptations de la pratique des activités physiques et sportive des personnes à besoin spécifiques, notamment en situation de handicap.

Objectif 4 : Santé au travail
- Connaître et comprendre les adaptations physiologiques de l'homme au travail et la sémiologie caractéristique des pathologies liées à l'activité professionnelle ou aux activités scolaires.

Objectif 5 : Santé mentale
- Connaître et comprendre la sémiologie, les conséquences, les principes thérapeutiques et la prise en charge des principaux troubles et pathologies mentales et psychologiques.
- Connaitre l'organisation des soins en psychiatrie et le cadre d'intervention médico-psychologique et social

Objectif 6 : Oncologie – soins palliatifs
- Connaître et comprendre la sémiologie, la physiopathologie et les processus évolutifs des principales tumeurs et leurs conséquences sur l'état fonctionnel et psychologique.

Eléments de contenu

- Pédiatrie
- Gérontologie
- Sport et activités physiques
- Santé au travail Santé mentale
- Oncologie – soins palliatifs

Recommandations sur les éléments de contenu

Pour l'objectif 1 : Pédiatrie
- L'aspect législatif de la prise en charge des mineurs, les structures d'accueil, le contexte familial et social de l'enfant.

- Développement psychomoteur, évolution motrice et perceptive, aptitudes physiques et relationnelles de l'enfant en fonction de l'âge
- Grands processus pathologiques congénitaux, génétiques et acquis.
- Spécificité de la démarche médicale en pédiatrie (dont explorations diagnostiques et pharmacologie).
- Approche spécifique de la douleur de l'enfant et de l'adolescent.

Pour l'objectif 2 : Gérontologie

- Physiologie du vieillissement normal et pathologiques des différents appareils et systèmes
- Grands processus pathologiques liés à l'âge, perte d'autonomie, fragilité.
- Psychologie du vieillissement, de la chute, troubles cognitifs.
- Démarche médicale dont explorations diagnostiques, recherche des comorbidités et pharmacologie.
- Du domicile à l'institution : Aspects sociologiques, technologiques et sanitaires.
- Approche spécifique de la douleur et des déficits fonctionnels du sujet âgé.

Pour l'objectif 3 : Sport et activités physiques

- Physiologie de l'effort et de l'entraînement à la pratique sportive occasionnelle ou de haut niveau.
- Reprise des activités physiques pour des personnes ayant des situations particulières de santé (post partum, obésité, oncologie, …)
- Sémiologie, physiopathologie, thérapeutique et prévention spécifiques de la pratique du sport. (Lésions musculaires, pathologies spécifiques de l'enfant, lésions tendineuses, pathologies ligamentaires, douleurs chroniques du sportif, la fatigue, interventions sur le terrain et situations d'urgence, …)
- L'examen de non contre-indication, la reprise d'activité
- Le dopage, aspects éthiques et pratiques
- Principes et modalités d'adaptation de l'activité physique et sportive aux différentes situations de handicap.
- La structuration du Handisport en France et à l'étranger.

Pour l'objectif 4 : Santé au travail

- Définitions, principes et modèles de l'ergonomie
- les maladies professionnelles, les maladies liées au travail, les troubles musculo-squelettiques
- Analyse et évaluation de l'activité et de ses répercussions psycho-physiologiques
- Identification, évaluation et prise en charge de la souffrance au travail
- Les différents acteurs de la santé au travail et de la santé scolaire
- Les principes et règles de l'ergonomie physique

Pour l'objectif 5 : Santé mentale

- Grands processus psychopathologiques
- Démarche médicale spécifique en psychiatrie (dont explorations diagnostiques, psychothérapies individuelles et de groupe et pharmacologie)
- Les spécificités de la communication et de la relation, bientraitance
- La spécificité clinique de la souffrance (au regard de la douleur) et les principes de la relation d'aide
- Prises en charge interdisciplinaire des psychopathologies infantiles

Pour l'objectif 6 : Oncologie – soins palliatifs

- Structuration, aspects éthiques, juridiques, psychologiques et sociaux des soins palliatifs.
- Grands processus pathologiques congénitaux, génétiques et acquis
- Démarche médicale dont explorations diagnostiques et pharmacologie.

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
Aborder la douleur en S5 ou S6. Pour l'apprentissage de la pathologie, privilégier des études de situations cliniques. Développer les processus et les caractéristiques des pathologies et de leurs thérapeutiques, depuis leur exploration diagnostique jusqu'à leur traitement. On insistera sur les données et les connaissances utiles à la conception du traitement kinésithérapique (évaluation et intervention).	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers. **Critères d'évaluation** Maîtrise des connaissances sur les traitements et la place de la kinésithérapie dans différents contextes Mobilisation des connaissances en situation pour concevoir et adapter l'intervention kinésithérapique, de l'examen clinique à l'évaluation au suivi du traitement. Utilisation d'un vocabulaire rigoureux et précis

au travers des cours, des travaux dirigés et des évaluations, le dispositif de formation favorise l'acquisition du raisonnement clinique kinésithérapique au regard des déficiences, limitations d'activité et restrictions de participation engendrées. On privilégiera l'analyse des risques, les vigilances et les conduites à tenir qui s'imposeront lors de la conception et de la conduite du traitement kinésithérapique (UE 18). Les enseignements s'appuient sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles. Ces enseignements seront réalisés de façon coordonnés entre les intervenants : médecins, kinésithérapeutes, …	

UE 19 : Evaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ musculo-squelettique		
Semestres : 5 et 6 et 7 Compétences 4 et 6		
CM : 20	**TD : 50**	**TP : 105**
ECTS : 7		

Objectifs

- Concevoir et mettre en œuvre un examen clinique kinésithérapique approprié, dans le contexte du champ musculo-squelettique.
- Analyser les résultats de l'examen clinique, les compléter par des éléments de connaissance pertinents, biomédicaux et psychosociaux et élaborer le diagnostic kinésithérapique correspondant.
- Concevoir le traitement kinésithérapique approprié permettant de répondre aux situations cliniques caractéristiques du champ musculo-squelettique.
- Connaître les axes et les principes des actions de sensibilisation, d'éducation et de dépistage des pathologies du système musculosquelettique
- Planifier, mettre en œuvre, adapter et évaluer l'intervention kinésithérapique : des objectifs et des principes à la mise en œuvre des moyens.
- Mettre en œuvre une gestuelle professionnelle appropriée
- Elaborer un compte-rendu d'intervention dans le champ musculosquelettique

Eléments de contenu

- Méthodes et modalités d'examen clinique
- Analyse des résultats de l'examen clinique
- Réponses masso-kinésithérapiques recommandées
- Elaboration d'un plan de traitement kinésithérapique approprié à la diversité des situations cliniques
- Evaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ musculo-squelettique chez l'adulte et l'enfant

Recommandations sur les éléments de contenu

- Considérant les pathologies du champ musculo-squelettique et leurs thérapeutiques, l'enseignement portera sur :
  - les méthodes et modalités d'examen clinique qui s'y rapportent,
  - toutes connaissances utiles permettant de concevoir l'examen clinique et/ou l'élaboration du traitement kinésithérapique,
  - les réponses kinésithérapiques recommandées : protocoles, recommandations de pratique clinique, consensus, arbres décisionnels,
  - l'élaboration d'un plan de traitement kinésithérapique approprié à la diversité des situations cliniques, rencontrées (y compris après chirurgie ambulatoire)
  - le traitement kinésithérapique au travers de sa technologie et de sa pratique : indications, modalités d'application, posologie, précautions et surveillance, ajustements… (cette partie inclut la mise en œuvre pratique),
  - les résultats des thérapeutiques physiques et médico-chirurgicales, rapportés dans la littérature et/ou par les experts.

- Evaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ musculo-squelettique chez l'adulte et l'enfant : la palette des moyens techniques d'évaluation et d'intervention comprend :
    - Les approches manuelles (massage, thérapie manuelle à visée musculosquelettique …)
    - Les approches instrumentales, (des outils de mesure à la physiothérapie, prenant en compte le droit de prescription…)
    - Les approches gymniques et physiques (des activités physiques aux autoprogrammes…)
    - Les approches cognitives et comportementales (douleur, éducation thérapeutique, information et participation du patient…).

Recommandations pédagogiques :

La construction des séquences pédagogiques assurera une répartition ajustée entre les cours, les supports d'enseignement, les séances de travaux dirigés et de travaux pratiques.

Les séquences pédagogiques visent à développer les connaissances, le raisonnement professionnel et les compétences techniques d'intervention.

Il est recommandé d'insister sur les précautions et vigilances à exercer relativement à une situation clinique donnée :

- identification et analyse des risques et des impératifs, compte tenu des étapes du traitement,

- suivi des évolutions diagnostiques et thérapeutiques, médicales et kinésithérapiques, au long du traitement.

Développer les capacités à rendre compte des examens cliniques et interventions pratiquées auprès des autres professionnels de santé.

En progressant dans l'U.E. les enseignements aborderont les points de discussion concernant les méthodes de rééducation (ex : avantages, inconvénients, risques, limites, niveaux de preuves, cas particuliers en fonction de facteurs de risques ….)

Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers.

Critères d'évaluation

Pertinence de l'analyse de la situation de santé d'une personne dans sa globalité.

Pertinence et qualité du plan de traitement proposé, fondé sur les résultats de l'examen clinique et les connaissances requises.

Pertinence et qualité de l'argumentation des choix technologiques et du projet de traitement à partir de références scientifiques et de pratiques probantes.

Capacité à proposer des critères de surveillance et des indicateurs de suivi permettant d'assurer l'efficacité et l'innocuité du traitement.

Prise en compte des règles de sécurité

Rigueur et précision des techniques mises en œuvre

Efficience et qualité du geste professionnel

Pertinence et qualité du compte-rendu d'intervention

UE 20 : Evaluation, techniques et outils d'intervention dans le champ neuromusculaire

Semestres : 5, 6, 7 Compétences 4 et 6

CM : 15	TD : 35	TP : 75

ECTS : 5

Objectifs

- Concevoir et mettre en œuvre un examen clinique kinésithérapique approprié, dans le contexte du champ neuromusculaire.
- Analyser les résultats de l'examen clinique, les compléter par des éléments de connaissance pertinents, biomédicaux et psychosociaux et élaborer le diagnostic kinésithérapique correspondant.
- Concevoir le traitement kinésithérapique approprié permettant de répondre aux situations cliniques caractéristiques du champ neuromusculaire.
- Connaître les axes et les principes des actions de sensibilisation, d'éducation et de dépistage des pathologies du système neuromusculaire
- Planifier, mettre en œuvre, adapter et évaluer l'intervention kinésithérapique : des objectifs et des principes à la mise en œuvre des moyens.
- Mettre en œuvre une gestuelle professionnelle appropriée
- Elaborer un compte-rendu d'intervention dans le champ neuromusculaire

Eléments de contenu

- Méthodes et modalités d'examen clinique
- Analyse des résultats de l'examen clinique
- Réponses kinésithérapiques recommandées
- Elaboration d'un plan de traitement kinésithérapique approprié à la diversité des situations cliniques
- Evaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ neuromusculaire chez l'adulte et l'enfant

Recommandations sur les éléments de contenu

- A partir des pathologies emblématiques du champ neuromusculaire et de leurs thérapeutiques vues dans l'UE 15, l'enseignement portera sur :
  - les méthodes d'examen et les connaissances appliquées aux situations cliniques retenues,
  - l'élaboration du diagnostic et du plan de traitement kinésithérapique approprié aux situations cliniques retenues :
    cette partie inclut l'enseignement des objectifs, principes et moyens « standards » correspondant à la situation clinique retenue.
  - les réponses kinésithérapiques recommandées : protocoles, EBP, consensus, arbres décisionnels…
  - les modalités du traitement kinésithérapique au travers de sa technologie et comprendra sa mise en œuvre pratique : modalités d'application, posologie, précautions et surveillance, ajustements, réorientation…
  - les résultats des thérapeutiques, physiques et médico-chirurgicales, rapportés dans la littérature et/ou par les experts.

- En progressant dans l'U.E. les enseignements aborderont les points de discussion concernant les méthodes de rééducation (ex : avantages, inconvénients, risques, limites, niveaux de preuves, cas particuliers en fonction de facteurs de risques ….)

- Evaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ neuro-musculaire chez l'adulte et l'enfant:
  - Kinésithérapie appliquée aux syndromes neurogènes périphériques (atteintes radiculaires, défilés, atteintes tronculaires, …)
  - Kinésithérapie appliquée aux myopathies, myasténies et myosites
  - Kinésithérapie appliquée au syndrome pyramidal (paraplégie, tétraplégie, hémiplégie, AVC, ….)
  - Kinésithérapie appliquée au syndrome extra-pyramidal (Parkinson, …)
  - Kinésithérapie appliquée au syndrome cérébelleux
  - Kinésithérapie appliquée au syndrome méningé
  - Kinésithérapie appliquée aux affections associant plusieurs syndromes (Sclérose en plaque, sclérose latérale amyotrophique, …)
  - Kinésithérapie appliquée aux affections traumatiques et tumorales (traumatisme crânien, Tumeur et hyperpression intracrânienne, …)
  - Kinésithérapie appliquée aux épilepsies
  - Kinésithérapie appliquée aux encéphalopathies congénitales ou acquises
  - Place de la kinésithérapie dans le cadre du processus de réhabilitation
- La palette des moyens techniques d'évaluation, d'intervention et de rééducation comprend :
  - Les approches manuelles (massage, thérapie manuelle à visée neuromusculaire, méthodes de renforcement ou de facilitation neuromusculaire …)
  - Les approches instrumentales, (des outils de mesure à la physiothérapie en passant par l'appareillage, prenant en compte le droit de prescription…)
  - Les approches gymniques et physiques (des activités physiques aux autoprogrammes en passant par l'électrothérapie, la balnéothérapie et autres adjuvants de rééducation…)
  - Les approches cognitives et comportementales (douleur, éducation thérapeutique, information et participation du patient, serious games…).

La technologie kinésithérapique repose sur un ensemble de connaissances fondamentales : connaissances issues des sciences qui justifient les choix techniques proposés et qui en expliquent les principes d'action et les résultats.

Recommandations pédagogiques :

La construction des séquences pédagogiques assurera une répartition ajustée entre les cours, les supports d'enseignement, les séances de travaux dirigés et de travaux pratiques.

Les séquences pédagogiques visent à développer les connaissances, le raisonnement professionnel et les compétences techniques d'intervention.

Il est recommandé d'insister sur les précautions et vigilances à exercer relativement à une situation clinique donnée :

- identification et analyse des risques et des impératifs, compte tenu des étapes du traitement,
- suivi des évolutions diagnostiques et thérapeutiques, médicales et kinésithérapiques, au long du traitement.

Développer les capacités à rendre compte des examens cliniques et interventions pratiquées auprès des autres professionnels de santé.

En progressant dans l'U.E. les enseignements aborderont les points de discussion concernant les méthodes de rééducation (ex : avantages, inconvénients, risques, limites, niveaux de preuves, cas particuliers en fonction de facteurs de risques ….)

Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers.

Critères d'évaluation

Pertinence de l'analyse de la situation de santé d'une personne dans sa globalité.

Pertinence et qualité du plan de traitement proposé, fondé sur les résultats de l'examen clinique et les connaissances requises.

Pertinence et qualité de l'argumentation des choix technologiques et du projet de traitement à partir de références scientifiques et de pratiques probantes.

Capacité à proposer des critères de surveillance et des indicateurs de suivi permettant d'assurer l'efficacité et l'innocuité du traitement.

Prise en compte des règles de sécurité

Rigueur et précision des techniques mises en œuvre

Efficience et qualité du geste professionnel

Pertinence et qualité du compte-rendu d'intervention

UE 21 : Évaluation, techniques et outils d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire

Semestres 5, 6 et 7 Compétences 4 et 6

CM : 20	TD : 30	TP : 75

ECTS : 5

Objectifs

- Concevoir et mettre en œuvre un examen clinique kinésithérapique approprié, dans le contexte des champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.
- Analyser les résultats de l'examen clinique, les compléter par des éléments de connaissance pertinents, biomédicaux et psychosociaux et élaborer le diagnostic kinésithérapique correspondant.
- Concevoir le traitement kinésithérapique approprié permettant de répondre aux situations cliniques caractéristiques dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.
- Connaître les axes et les principes des actions de sensibilisation, d'éducation et de dépistage des pathologies dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.
- Planifier, mettre en œuvre, adapter et évaluer l'intervention kinésithérapique : des objectifs et des principes à la mise en œuvre des moyens.
- Mettre en œuvre une gestuelle professionnelle appropriée
- Elaborer un compte-rendu d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.

Eléments de contenu

- Méthodes et modalités d'examen clinique
- Analyse des résultats de l'examen clinique
- Réponses kinésithérapiques recommandées
- Elaboration d'un plan de traitement kinésithérapique approprié à la diversité des situations cliniques
- Evaluations, techniques et outils d'intervention dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire. chez l'adulte et l'enfant

Recommandations sur les éléments de contenu

- A partir des pathologies emblématiques des différents de l'unité d'enseignement et de leurs thérapeutiques vues dans l'UE 16, l'enseignement portera sur :
  - Les méthodes d'examen et les connaissances appliquées aux situations cliniques retenues,
  - L'élaboration du plan de traitement kinésithérapique approprié aux situations cliniques retenues :
    - Cette partie inclut l'enseignement des objectifs, principes et moyens « standards » correspondant à la situation clinique retenue.
  - Les réponses kinésithérapiques recommandées : protocoles, ebp, consensus, arbres décisionnels…
  - Les modalités du traitement kinésithérapique au travers de sa technologie et comprendra sa mise en œuvre pratique : modalités d'application, posologie, précautions et surveillance, ajustements…
  - Les résultats des thérapeutiques, physiques et médico-chirurgicales, rapportés dans la littérature et/ou par les experts.

- En progressant dans l'U.E. les enseignements aborderont les points de discussion concernant les méthodes de rééducation (ex : avantages, inconvénients, risques, limites, niveaux de preuves, cas particuliers en fonction de facteurs de risques ….)

- La palette des moyens techniques d'évaluation et d'intervention comprend les approches manuelles, instrumentales, gymniques, physiques, cognitives et comportementales

  La technologie kinésithérapique repose sur un ensemble de connaissances fondamentales : connaissances issues des sciences qui justifient les choix techniques proposés et qui en expliquent les principes d'action et les résultats.
- Évaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ respiratoire chez l'adulte et l'enfant :
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de l'obstruction bronchique et de ses conséquences sur la mécanique ventilatoire.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de l'encombrement bronchique.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des dysfonctionnements de la mécanique ventilatoire externe.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de l'insuffisance respiratoire aiguë et chronique.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention, au dépistage, à l'éducation et à l'accompagnement des pathologies respiratoires chroniques.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement du déconditionnement à l'effort et réhabilitation respiratoire.
  - Kinésithérapie en réanimation, soins intensifs et kinésithérapie périopératoire.
  - Assistances ventilatoires et aides techniques à la kinésithérapie
    - La ventilation mécanique : technique de ventilation invasive et non invasive, gestion et sevrage ventilatoire, aspiration endotrachéales…
    - Aérosolthérapie, oxygénothérapie et autres techniques.

- Évaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ cardio-vasculaire chez l'adulte et l'enfant :
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des affections cardiaque opérée et non-opéré.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de l'insuffisance cardiaque chronique.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des affections vasculaires opérées et non-opérées (artérielles, veineuses et lymphatiques)
  - Place de la kinésithérapie dans le cadre du processus de réhabilitation cardio-vascualire et prise en charge du syndrome du déconditionnement, méthodes de réentraînement à l'effort.

- Évaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ interne :
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des maladies de système, maladies infectieuses, obésité, diabète, hémophilie
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des affections de l'appareil digestif et de la paroi abdominale (constipation, cure de hernie, troubles de l'alimentation, laparotomie…)
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de l'obésité et de ses conséquences.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des pathologies musculosquelettiques les plus fréquentes de la grossesse au post-partum.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des dysfonctions du plancher pelvien (rééducation périnéale, troubles sphinctériens, sexuels…).

- Évaluations, techniques et outils d'intervention dans le champ tégumentaire chez l'adulte et l'enfant:
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement de certaines pathologies dermatologiques.
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des lésions cutanées (escarres…).
  - Kinésithérapie appliquée à la prévention et au traitement des atteintes tégumentaires traumatiques plaies et cicatrisation, les grands brûlés, greffe…).
  - Kinésithérapie et soins esthétiques.

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
La construction des séquences pédagogiques assurera une répartition ajustée entre les cours, les supports d'enseignement, les séances de travaux dirigés et de travaux pratiques. Les séquences pédagogiques visent à développer les connaissances, le raisonnement professionnel et les compétences techniques d'intervention. Il est recommandé d'insister sur les précautions et vigilances à exercer relativement à une situation clinique donnée : - identification et analyse des risques et des impératifs, compte tenu des étapes du traitement, - suivi des évolutions diagnostiques et thérapeutiques, médicales et kinésithérapiques, au long du traitement. Développer les capacités à rendre compte des examens cliniques et interventions pratiquées auprès des autres professionnels de santé. En progressant dans l'U.E. les enseignements aborderont les points de discussion concernant les méthodes de rééducation (ex : avantages, inconvénients, risques, limites, niveaux de preuves, cas particuliers en fonction de facteurs de risques ….) Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage	Evaluation écrite et/ou orale et/ou dossiers. **Critères d'évaluation** Pertinence de l'analyse de la situation de santé d'une personne dans sa globalité. Pertinence et qualité du plan de traitement proposé, fondé sur les résultats de l'examen clinique et les connaissances requises. Pertinence et qualité de l'argumentation des choix technologiques et du projet de traitement à partir de références scientifiques et de pratiques probantes. Capacité à proposer des critères de surveillance et des indicateurs de suivi permettant d'assurer l'efficacité et l'innocuité du traitement. Prise en compte des règles de sécurité Rigueur et précision des techniques mises en œuvre Efficience et qualité du geste professionnel Pertinence et qualité du compte-rendu d'intervention

UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en rééducation/réadaptation

Semestres 6 et 7 Compétence 2

CM : 20 h	TD : 20 h	TP : 60 h

ECTS : 4

Objectifs

- Connaitre et utiliser de façon pertinente les modèles et concepts actuels de la rééducation /réadaptation
- Connaitre les démarches et les complémentarités des professions de la rééducation /réadaptation
- Connaitre, comprendre et utiliser les moyens de substitution et suppléance sensorielles et motrices
- Optimiser le recours aux moyens technologiques et différents appareillages en fonction des capacités fonctionnelles des personnes, de leur projet et de l'environnement
- Savoir prescrire et adapter les différents dispositifs ouverts à la prescription masso-kinésithérapique en référence aux textes en vigueur

Eléments de contenu

- Modèles et concepts actuels de la réadaptation
- Démarches et complémentarités des professions de la rééducation /réadaptation
- Moyens de substitution et suppléance sensorielles et motrices, appareillage
- Prescription, réalisation et adaptation des aides techniques et de l'appareillage
- Utilisation des objets connectés en santé

Recommandations sur les éléments de contenu

Modèles et concepts actuels de la réadaptation

- L'organisation et le fonctionnement des soins de suites et de rééducation /réadaptation
- Les concepts organisateurs de la rééducation /réadaptation : plasticité cérébrale, surcompensation, résilience, autonomie
- Les méthodes d'évaluation et de recherche en médecine physique et de rééducation /réadaptation
- Modèles individuel et social du handicap, les concepts et méthodes des « Disability Studies »
- La pratique fondée sur les preuves en rééducation /réadaptation

Démarches et complémentarités des professions de la rééducation /réadaptation

- Les ressources professionnelles et les moyens techniques en rééducation /réadaptation
- Modèle d'organisation et de coopération des différents acteurs multidisciplinarité et interdisciplinarité
- Le projet d'intervention individualisée,
- Démarche d'élaboration et d'évaluation des projets interdisciplinaires de rééducation /réadaptation
- Modèle de la prise de décision partagée et la prise en compte des besoins et souhaits du patient

Moyens de substitution et suppléance sensorielles et motrices, appareillage

- Les différentes sortes d'orthèses, prothèses et d'aides techniques, leur prescription et indications
- Réalisation, adaptation et réglage des dispositifs techniques ou technologiques de substitution, de suppléance, de prévention et de correction dans le cadre de la réglementation
- Réalisation et adaptation des orthèses les plus couramment utilisées en rééducation de la main
- Analyse des dispositifs d'aménagement ou de suppléance favorisant la reprise activités de la vie quotidienne, du travail et des activités de loisirs

<table>
<tr><td colspan="2">Prescription, réalisation et adaptation des aides techniques et de l’appareillage
- Démarche de conception, de réalisation, d’adaptation et de surveillance d’une aide technique.
- Législation et droit de prescription accordé au kinésithérapeute
- Démarches d’information, d’évaluation, de conseil et de suivi requises pour prescrire
-
Utilisation des objets connectés en santé</td></tr>
<tr><td>Recommandations pédagogiques :
Privilégier une approche large du handicap et du champ de la réadaptation afin de favoriser une réflexion sur l'utilité sociale et médicale de la kinésithérapie, le positionnement professionnel du kinésithérapeute et le développement des coopérations entre les professionnels de santé.
Inciter l'étudiant à faire des liens entre son expérience clinique et l'enseignement relatif à l'appareillage. favoriser notamment l'analyse critique des intérêts fonctionnels, des limites et des risques liés aux différents appareillages, ainsi que les apports des développements technologiques.</td><td>Modalités d’évaluation
Evaluation écrite et/ou orale
Analyse d’une situation de handicap ou étude de cas de prescription ou d’adaptation d’un appareillage ou d’une aide technique
Critères d’évaluation
Maitrise des connaissances et utilisation pertinente des modèles et concepts actuels de la rééducation et de la réadaptation
Prise en compte des complémentarités des professions de la rééducation et de la réadaptation
Maitrise des connaissances et utilisation pertinente des moyens de substitution et suppléance sensorielles et motrices
Pertinence et qualité du conseil, de la prescription et de l’adaptation des différents dispositifs au regard de la situation du patient</td></tr>
</table>

UE 23 Interventions spécifiques en kinésithérapie		
Semestres 6 et 7 Compétences 4 et 6		
CM : 40 h	TD : 40 h	TP : 120 h
ECTS : 8		

Objectifs

Objectif 1 : interventions en pédiatrie

- Concevoir, conduire et adapter une intervention kinésithérapique pour le nourrisson, l'enfant et l'adolescent
- Identifier et accomplir les premiers actes de soins nécessaires en kinésithérapie respiratoire pédiatrique dans le cas d'une prise en charge urgente.
- Expliquer le cadre de soins aux enfants et adolescents et inclure les parents dans la prise en soin.

Objectif 2 : interventions en gérontologie et gériatrie

- Concevoir, conduire et adapter une intervention en gérontologie préventive et vieillissement réussi.
- Concevoir, conduire et adapter une intervention dans un contexte polypathologique de la personne âgée.
- Savoir expliquer le cadre de soins aux personnes âgées dépendantes et inclure les aidants dans les processus décisionnels de prise en charge.

Objectif 3 : Intervention en pratique sportive et activités physiques adaptés

- Concevoir, conduire et adapter une intervention masso-kinésithérapique en milieu sportif dans un but préventif, curatif, de reprise d'activités et d'amélioration de la performance.
- Identifier et accomplir les premiers actes de soins nécessaires en kinésithérapie du sportif dans le cas d'une prise en charge urgente.
- Intervenir auprès de différents publics dans l'objectif de démarrer, poursuivre ou reprendre une activité physique ou sportive ou handisportive.
- Concevoir et conduire un programme de reconditionnement à l'exercice et à l'effort
- Adapter la pratique sportive aux différents types de handicap : sensoriel, moteur, mental et psychique

Objectif 4 : intervention en ergonomie

- Appliquer les gestes et postures permettant de prévenir les risques
- Appliquer et participer aux règles de prophylaxie des troubles musculo-squelettiques
- Maîtriser les techniques de manutention des patients
- Apprécier et corriger un poste de travail ou un poste d'apprentissage
- Apprécier les conditions de travail et leur retentissement psycho-physiologiques

Objectif 5 : interventions en psychiatrie

- Concevoir, conduire et adapter une intervention dans un contexte psychiatrique par une approche somatique ou psychocorporelle, que se soit pour les adlutes ou pour les enfants.
- Savoir repérer, orienter et accompagner un patient dont la prise en charge kinésithérapique est compliquée par une psychopathologie

Objectif 6 : Intervention en oncologie et soins palliatifs

- Concevoir, conduire et adapter une intervention masso-kinésithérapique visant à maintenir ou améliorer l'état somatique et psychique des patients dans un contexte oncologique.
- Savoir développer une approche centrée sur la personne en fin de vie, dans son contexte familial, social et culturel.
- Savoir repérer et transmettre les éléments utiles au diagnostic médical en oncologie

Eléments de contenu

- Interventions en pédiatrie
- Interventions en gérontologie et gériatrie
- Intervention en pratique sportive et activités physiques adaptés
- Intervention en ergonomie
- Interventions en psychiatrie
- Intervention en oncologie et soins palliatifs

Recommandations sur les éléments de contenu

Interventions en pédiatrie
- Prise de décision et interventions spécifiques en pneumopédiatrie, neuropédiatrie, orthopédiatrie et médecine pédiatrique.
- Éducation des parents ou des aidants

Interventions en gérontologie et gériatrie
- Prise de décision et interventions spécifiques dans les pathologies liées au vieillissement
- Enjeux et mise en pratique de la politique de prévention et de dépistage de la personne âgée et de son environnement.
- Handicap et dépendance : outils d'évaluation et perspectives en rééducation
- Démences de la personne âgée : rééducation et trouble cognitifs.

Intervention en pratique sportive et activités physiques adaptés
- Prise de décision et interventions spécifiques dans les pathologies liées à l'activité physique et sportive et des activités physiques adaptées, y compris thérapie manuelle à visée sportive
- Handisports

Intervention en ergonomie
- Analyse de l'activité : modèles, méthodes et techniques.
- Plannification et interventions dans l'entreprise : aspects pratiques

Interventions en psychiatrie
- Communications verbales et non-verbales,
- Mise en œuvre et adaptation d'un cadre de prise en charge aux principales psychopathologies.
- Approfondissement spécifique pour les syndromes dépressifs et les situations de violence

Intervention en oncologie et soins palliatifs
- Kinésithérapie dans la prise en charge du cancer : aspects cliniques, somatiques et psychiques.

Recommandations pédagogiques :

Aborder la douleur en S5 ou S6.

Aborder cette UE après les UE d'intervention en musculosquelettique et neuromusculaire

Les enseignements s'appuient sur les données de la littérature et de la science, notamment au travers des recommandations médicales et professionnelles.

La construction des séquences pédagogiques assurera une répartition ajustée entre les cours, les supports d'enseignement, les séances de travaux dirigés et de travaux pratiques.

Les séquences pédagogiques visent à développer les connaissances, le raisonnement professionnel et les compétences techniques d'intervention.

Etablir les liens avec les situations rencontrées en stage

Modalités d'évaluation•

Évaluation écrite et/ou orale

Critères d'évaluation

Pertinence de l'analyse de la situation de santé d'une personne dans différents contexte.

Pertinence et qualité de l'intervention proposée.

Pertinence et qualité de l'argumentation des choix technologiques et du projet de traitement à partir de références scientifiques et de pratiques probantes.

Prise en compte des règles de sécurité

Rigueur et précision des techniques mises en œuvre

Pertinence et qualité du compte-rendu d'intervention

UE 24 Intervention du kinésithérapeute en Santé publique		
Semestres : 5, 6 et 7	**Compétence : 3 et 6**	
CM : 25 h	**TD : 25 h**	**TP : 75 h**
ECTS : 5		

Objectifs

- Analyser les textes législatifs et réglementaires, les plans et les programmes en Santé publique dans le cadre de la prise en charge thérapeutique, de la promotion, de la prévention et de l'éducation thérapeutique
- Connaître les modèles et la méthodologie de projet utilisée en santé publique
- Connaitre la démarche de recueil de données utilisée pour construire un projet collectif de santé
- Concevoir et expérimenter une intervention en santé publique et une démarche éducative individuelle et collective

Eléments de contenu

Ils sont abordés à partir de données épidémiologiques, des publications, des recommandations, des plans et des programmes et des mesures conjoncturelles.

- Promotion de la santé
- Prévention et dépistage
- Education thérapeutique du patient
- Méthodologie de projet en sante publique
- Conception d'une intervention du kinésithérapeute en santé publique

Recommandations sur les éléments de contenu

Promotion de la santé

- Approche éducative et formative en lien avec la kinésithérapie, à partir d'analyse d'exemples de réalisation
- Participation active sous forme d'exposés et production de documents adaptés : affichettes, affiche, diaporama. Il s'agit d'initier une démarche professionnelle partagée (acteurs de proximité de la prévention, du soin, du médico-social, du social) qui vise les changements des comportements humains, individuels ou collectifs et de s''informer sur les enjeux majeurs de santé publique et les questions sociétales. Cette réalisation s'accompagne de l'élaboration des outils de communication indispensables et nécessaires au suivi.
- Initiation au débriefing pour élaborer en groupe des propositions

Prévention et dépistage

- Analyse d'une démarche de prévention, de ses facteurs de succès et de ses impacts
- Elaboration en groupe des objectifs et des modalités d'une action de prévention à visée individuelle ou collective dans le champ de la kinésithérapie et de ses critères et indicateurs d'évaluation. Cette réalisation s'accompagne de l'élaboration des outils de communication indispensables et nécessaires au suivi.
- Sensibilisation des acteurs de santé aux évènements indésirables liés aux soins et aux démarches visant la qualité et sécurité des soins.
- Participation des kinésithérapeutes au dépistage du cancer de la peau
- Participation à la lutte contre la sédentarité

Education thérapeutique du patient

- Définition, finalités organisation.
- Les différentes étapes de la mise en place : analyse du besoin, présentation du projet, recherche du consentement, évaluation des capacités, réalisation des activités éducation, coordination interprofessionnelle, évaluation.

- Taxonomie des compétences des patients : auto-soin, compétences techniques, gestuelles, cognitives
- Conception d'une démarche éducative individuelle et ou collective et appréciation de son impact. Cette réalisation s'accompagne de l'élaboration des outils de communication indispensables et nécessaires au suivi.
  animation d'une séquence d'ETP auprès d'un public

Méthodologie de projet en sante publique

- Les modèles du projet
- Analyse d'une démarche de projet en santé publique, de l'analyse des besoins à l'évaluation des impacts des actions
- Dans le cadre des préventions primaire, secondaire, tertiaire et selon les cas quaternaire concernant les affections aigues ou chroniques, repérage des collaborations nécessaires et analyse des méthodes et moyens de communication utilisés pour les actions et leurs suivis.
- Etude de l'impact des outils de communication et de coordination utilisés (questionnaire d'enquête, brain storming, grille d'évaluation, diagramme de Gantt, rapport final…)

Conception et expérimentation d'une intervention du kinésithérapeute en santé publique

- Ce projet peut s'appuyer sur des actions existantes à modifier selon la population, l'évolution des connaissances, les incitations ministérielles, les caractéristiques socio-démographiques de la population visée, l'environnement, etc.
- Production de documents adaptés : fiches techniques, affiches, affichettes, rapport final, documents patients…
- Ce projet peut se situer dans différents domaines :
  - Prévention, par exemple : organisation d'une journée de prévention des chutes en faveur des personnes âgées, de dépistage des maladies respiratoires, des TMS en entreprise, des déformations rachidiennes chez l'enfant….
  - Prévention des risques, par exemple :: mise en place d'un atelier, tel que lombalgie en milieu hospitalier ou en entreprise.
  - ETP, par exemple : organisation dans une maladie chronique impliquant la rééducation, telles que BPCO, asthme...

Recommandations pédagogiques :	Modalités d'évaluation
Un équilibre est à rechercher entre les apports de connaissance qui doivent concerner tous les éléments de contenu (20h de cours) et l'expérimentation par chaque étudiant d'une démarche de production en groupe dans un des domaines d'intervention abordés dans cette UE (10h de TD) Permettre à l'étudiant de situer les rôles et les possibilités de participations du kinésithérapeute et l'inciter à se positionner en professionnel de santé Impliquer l'étudiant dans des actions concrètes et du quotidien Permettre à l'étudiant de comprendre les méthodes utilisées et d'analyser l'impact des actions menées Favoriser les échanges entre étudiants sur les productions réalisées en sous-groupes et établir les liens avec les stages	Evaluation écrite et/ou orale Travail collectif possible, présenté en groupe (5 étudiants au maximum) **Critères d'évaluation** Utilisation d'une méthodologie de projet en santé publique Pertinence du projet proposé au regard de l'analyse des besoins Pertinence de l'évaluation des impacts des actions Qualité des outils de communication construits

UI 25 Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention

Semestre : 6 Compétences 1 à 5

CM : 10 h	TD : 30 h	TP : 60

ECTS : 4

Objectifs

L'UI 25 a pour finalité l'acquisition et le perfectionnement des compétences cœur de métier. Par l'intégration de savoirs théoriques, pratiques ou expérientiels au cours du second cycle, et par le perfectionnement de ceux acquis au premier cycle, cette UE permet à l'étudiant d'acquérir et de perfectionner les compétences qui concourent à l'élaboration du traitement et à la conduite d'intervention dans l'ensemble des champs de la kinésithérapie.
Les activités proposées visent à mobiliser les acquis de sémiologie, de physiopathologie, de pathologie et de thérapeutique nécessaires à l'élaboration du traitement et à la conduite d'intervention en kinésithérapie : l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et la conduite du projet d'intervention sont les axes de travail principaux.
Ce travail s'appuie sur les situations professionnelles réelles rencontrées au cours des stages en S5 et S6.
Les compétences visées sont les suivantes :

- Analyser, évaluer une situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique (compétence 1)
- Elaborer et mettre en œuvre un projet d'intervention en kinésithérapie adapté à la situation du patient (compétence 2)
- Concevoir, conduire e évaluer une séance de masso-kinésithérapie (compétence 3)
- Etablir et entretenir une relation thérapeutique dans un contexte d'intervention en kinésithérapie (compétence 4)
- Concevoir et conduire une démarche d'éducation thérapeutique, de suivi des maladies chroniques, de prévention et de dépistage, dans le domaine de la kinésithérapie en santé publique (compétence 5)

Eléments de contenu

Travaux à partir de situations réelles rencontrées en stage fondés d'une part sur l'élaboration d'un diagnostic kinésithérapique et d'un projet d'intervention et d'autre part sur l'argumentation et l'évaluation des traitements mis en œuvre.

Préparation et présentation de quatre analyses de situations professionnelles vécues en stage (S5 S6), orientées par des objectifs d'apprentissage du raisonnement professionnel, fondées sur les savoirs développés dans les différentes UE du premier cycle et de la 1ère année du 2e cycle, les données de la littérature et l'argumentation des choix et des pratiques de santé mis en œuvre au regard des besoins des personnes.

Recommandations pédagogiques :

Le travail sur les situations professionnelles se fera à partir des situations cliniques rencontrées lors du stage semestriel et/ou de thématiques proposées par le formateur.

Les objectifs des travaux à réaliser seront présentés aux étudiants en amont du stage afin qu'ils puissent concevoir et préparer leur recueil d'information.

Les activités pédagogiques sont organisées en sous-groupes pour permettre les échanges entre les apprenants et avec les animateurs-évaluateurs des TD ou des séances de présentation.

Modalités d'évaluation

Etudes de cas, rapports de stage et exposés oraux

Evaluation des 5 compétences visées

Critères d'évaluation

Pertinence et qualité des analyses de situations vécues en stage ou en formation et qualité de leurs présentations écrite et/ou orale

Qualité du recueil des données de terrain et des examens cliniques relatés

Pertinence et justesse du diagnostic kinésithérapique

La présentation orale des travaux se fonde sur la réalisation d'un travail écrit, individuel ou collectif. L'objectif des présentations de travaux est d'une part d'évaluer l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et du projet d'intervention en kinésithérapie, d'autre part d'analyser et d'évaluer la conduite et l'adéquation du traitement aux besoins de la personne traitée. **L'UI 25 a pour objectif l'analyse de pratique thérapeutique, c'est-à-dire la conception d'un traitement et la conduite de l'intervention. Elle est complémentaire de l'UI 29, qui vise à l'analyse et l'amélioration de la pratique au sens large, c'est-à-dire au-delà de l'interaction individuelle kinésithérapeute/patient.**	Elaboration et conduite d'un projet d'intervention approprié aux besoins de la personne Pertinence, efficacité et bien fondé des traitements pratiqués Intérêt de l'analyse de la relation thérapeutique et de ses effets psychologiques Qualité de la démarche éducative proposée et appréciation de ses effets sur la participation de la personne au traitement

UE 26 Langue anglaise professionnelle

Semestres 5 à 8 **Compétence : 8**

CM : 0	TD : 40	TP : 60

ECTS : 4

Objectifs

- Communiquer avec spontanéité et aisance lors d'une conversation avec un patient ou des aidants
- Comprendre le contenu essentiel d'un texte complexe en rapport avec la kinésithérapie.
- Faire une présentation orale et défendre son point de vue devant un auditoire anglophone.
- Rédiger un poster de présentation professionnelle ou scientifique en langue anglaise
- Reformuler ou résumer un texte en anglais.

Eléments de contenu

- La compréhension écrite et orale, l'expression orale, l'expression écrite, la grammaire et le lexique de l'anglais scientifique et médical,
- Situations de communication complexes en rapport avec la santé et la kinésithérapie.

Recommandations sur les éléments de contenu

- Grammaire anglaise de niveau intermédiaire avancé (B2).
- Éléments de vocabulaire médical et de la rééducation.
- Anglais dans un contexte professionnel : échange sur un cas clinique, un protocole de rééducation, etc…
- Communication orale en anglais : mini congrès (présentation de données chiffrées, diapos, commentaire de graphiques, communication verbale et non verbale) + séance de questions / réponses faisant suite à la communication
- Expression écrite (rédaction d'un abstract) à partir d'articles professionnels récents, reformulation d'un texte en fonction du public, rédaction d'un poster de présentation professionnelle ou scientifique etc…

Recommandations pédagogiques :

Privilégier l'organisation des TD en effectif restreint.

S'appuyer sur la participation active de l'étudiant afin d'obtenir de lui une expression pouvant contenir des fautes, mais spontanée et de plus en plus aisée.

L'apprentissage sera basé sur la mise en situation : organisation de débat, incitation à l'échange, suivi de cours en anglais, suivi de MOOC, ….

Des enseignements peuvent êtres mutualisés avec d'autres UE ainsi que le mémoire.

Encourager les étudiants à lire des publications internationales.

Viser un niveau d'anglais B2 en fin de S8, une préparation au Toeic® ou équivalent pourra être envisagée pour les étudiants ayant pour projet une poursuite d'étude.

Modalités d'évaluation

Évaluations orales et écrites.

Critères d'évaluation

Capacité de l'étudiant à présenter un sujet technique à l'oral et à défendre son point de vue.

Capacité de l'étudiant à s'approprier un texte complexe et à le retranscrire.

UE 27 Méthodes de travail et méthodes de recherche

Semestres 5, 6, 7 et 8 **Compétence 8**

CM : 20	TD : 40	TP : 90

ECTS : 6

Objectifs

Méthodes de travail

- Rédiger des communications professionnelles normalisées (bilans, transmissions, rapports circonstanciés, constat, compte-rendu, …)
- Utiliser les technologies de l'information spécifiques aux métiers de la santé (C2i métiers de la santé)

Méthodes de recherche

- Se former à et par la démarche scientifique pour développer une pensée et une pratique réflexive :
  - Comprendre la science et son fonctionnement, les caractéristiques générales de la démarche scientifique, les problématiques éthiques et épistémologiques soulevées
  - Problématiser une situation pour aboutir à une question de recherche claire, pertinente et expérimentable. Cette question doit s'inscrire dans un cadre théorique et des modèles maîtrisés et actuels.
  - Etablir et mettre en œuvre un plan expérimental permettant de traiter la question de recherche
  - Interpréter et discuter les résultats de la recherche effectuée, en insistant notamment sur les critères de validité interne, externe et la pertinence clinique de la recherche effectuée

Eléments de contenu

Méthodes de travail et traitement de l'information C2I niveau 2 métiers de la santé:
Rédaction de courriers professionnels, de compte-rendus, de rapports, de dossiers
Maîtrise des outils de communication écrite et orale avec utilisation de différents supports

Méthodes de recherche
Le cycle 2 constitue un approfondissement de la démarche développée en cycle 1.
Il porte sur la construction d'un dispositif de recherche.

Recommandations sur les éléments de contenu

Méthodes de travail

- Rédaction de courriers professionnels, de compte-rendus, de rapports, de dossiers
- Maîtrise des outils de communication écrite et orale avec utilisation de différents supports pour :
  - Prise de parole en groupe, argumentation d'un un point de vue dans un groupe
  - Présentation et discussion orale d'un travail personnel
  - Analyse et synthèse des articles des revues professionnelles ou scientifiques utilisées en kinésithérapie
  - Problématisation des questions soulevées dans un texte scientifique et/ou professionnel
  - Contextualisation et définition des concepts clés et des apports d'un texte
  - Rédaction d'une production écrite claire, concise et référencée : problématiser et organiser une réflexion, rédiger un questionnement et une argumentation, améliorer la construction logique des phrases et retenir l'attention du lecteur par la proposition d'illustrations pertinentes
- Technologies de l'information spécifiques aux métiers de la santé (C2i métiers de la santé)

Méthodes de recherche

- Mise en œuvre des méthodes abordées en cycle 1 :
  - Méthodologie de la recherche documentaire
  - Utilisation des bases de données scientifiques
  - Méthodologie d'analyse critique d'articles scientifiques
  - Utilisation d'un logiciel de gestion des ressources bibliographiques
- Approfondissement et mise en œuvre des méthodes et outils spécifiques de recueil de données qualitatives et quantitatives
  - Méthodes et outils spécifiques de traitement de données quantitatives : statistiques descriptives, statistiques différentielles et statistiques inférentielles
  - Méthodes et outils spécifiques de traitement de données qualitatives : analyse de contenu par indexation notionnelle et par unité de sens
- Construction d'un dispositif de recherche :
  - Etat des lieux des références sur la thématique,
  - Utilité sociale de la recherche,
  - Questions et/ou hypothèses de recherche,
  - Méthodes de recherche, population, outils d'enquête,
  - Protocole de recueil et de traitement des données sur le plan quantitatif et sur le plan qualitatif,
  - Résultats au regard de la question et/ou de l'hypothèse de recherche,
  - Critique du dispositif,
  - Intérêt et limites des résultats pour la pratique,
  - Perspectives de recherche à partir des résultats obtenus

Recommandations pédagogiques :

En lien avec l'anglais scientifique

En lien avec les stages de terrain et de laboratoire

En lien avec l'UE méthodes de travail et méthodes de recherche cycle 1

En lien avec l'UE 28 mémoire

Privilégier la pédagogie active

Modalités d'évaluation

Evaluation écrite et/ou orale : présentation de travaux individuels ou de groupes, rédaction de compte-rendu, dossiers et rapports via les productions intermédiaires réalisées pour le mémoire

Critères d'évaluation

Intérêt professionnel du travail réalisé

Qualité des problématisations

Pertinence des références utilisées

Rigueur de la démarche mise en œuvre

Fiabilité des résultats

Qualité de la discussion des résultats

Qualité de la production

UE 28 : Mémoire		
Semestres : 7 et 8	Compétence : 8	
CM : 10 h	TD : 70 h	TP : 180 h
ECTS TOTAL : 8 ECTS		

Objectifs

- S'initier à la production scientifique en réalisant un travail personnel à partir des savoirs disciplinaires et des savoir- faire associés enseignés au cours de la formation.
- Développer l'esprit scientifique pour le transférer dans son raisonnement professionnel et ses pratiques
- Expérimenter la mise en œuvre d'un projet de recherche
- Rédiger et soutenir le mémoire
- Développer la réflexivité

Eléments de contenu

Le mémoire porte sur les éléments suivants :

- Réaliser un état des lieux pertinent de la littérature scientifique et professionnelle sur la thématique choisie.
- Analyser et problématiser la recherche documentaire réalisée
- Identifier et argumenter l'intérêt professionnel et l'utilité sociale du thème de travail proposé.
- Présenter l'objet de recherche, les hypothèses théoriques et/ou les questions de recherche.
- Choisir des méthodes de recherche appropriées et accessibles en s'appuyant sur la littérature.
- Choisir et construire des outils d'enquête ou de recueil de données pertinents, valides et cohérents.
- Choisir une ou plusieurs population (s).
- Recueillir les données d'enquêtes sur un terrain de stage ou dans un contexte en rapport avec la profession.
- Traiter les données d'enquêtes.
- Présenter les résultats d'enquêtes qui répondent aux hypothèses théoriques et/ou aux questions de recherche.
- Discuter et interpréter les résultats obtenus au regard des méthodes mises en oeuvre.
- Présenter les intérêts et les limites des résultats par rapport à l'état des lieux de la recherche.
- Présenter les intérêts et les limites des résultats pour la pratique et pour la profession.
- Préciser le domaine de validité des résultats et critiquer le dispositif de recherche.
- Argumenter son positionnement du point de vue éthique et déontologique.
- Présenter des perspectives d'approfondissement ou de réorientation du travail à partir des résultats obtenus.
-

Le mémoire peut s'orienter sur différents axes, par exemple :

- Une analyse de pratiques professionnelles ;
- Un mémoire consistant en une analyse critique, s'appuyant sur l'expérience clinique et s'inscrivant dans un champ théorique déterminé ;
- Un mémoire consacré, par exemple, à l'histoire d'une pratique professionnelle, de l'évolution d'un courant d'idées, d'une technique diagnostique ou thérapeutique, à un domaine juridique en relation avec la profession
- Un mémoire en lien avec une recherche clinique ou une thématique de laboratoire
- Un mémoire en lien avec l'éducation à la santé et la santé publique
- Un mémoire en lien avec la relation soignant- soigné et aidant
- Une mémoire portant sur le test de la validité d'une ou plusieurs techniques d'évaluation ou de traitement en kinésithérapie
- …

Recommandations pédagogiques :
Démarche scientifique et méthode rédactionnelle : mémoire structuré sur le format IMRAD (dont résumé français – anglais, mots clés, …)
Enseignement sur la démarche de projet et travaux dirigés pour assurer la cohérence entre les objectifs, les moyens envisageables et les procédures de réalisation.
Travail avec le Directeur de mémoire / superviseur
Présentation orale de la structure du projet
Le mémoire doit être de 50 à 70 pages.
Soutenance orale de l'étude réalisée
 	
Conseils généraux : il est fondamental que la démarche de recherche soit active, c'est-à-dire qu'elle soit le fruit d'une démarche d'appropriation. Le travail de recherche ne doit pas seulement être pensé, mais être réalisé.
 	
S5-S6 :
• Enseignements théoriques et méthodologiques : présentation des critères spécifiques pour chaque IFMK (standardisation page de couverture, typographie, …)
• Émergence de la thématique
• Revue de littérature sur la thématique
• Présentation de l'objet du mémoire
S6-S7 :
• Affinement de l'idée
• Ciblage du sujet
• Émergence de la question
• Elaboration d'un projet
• Présentation du dispositif de recherche – action et premier recueil de données
• Présentation orale et/ou support
S7-S8 :
• Recueil et analyse des données
• Réalisation du document mémoire
• Soutenance : 10' présentation +20' questions et remarques
	Modalités d'évaluation
	• Écrit et oral
	• Jury constitué :
	  ○ Du directeur de mémoire
	  ○ D'un enseignant universitaire
	  ○ D'un ou plusieurs kinésithérapeutes possédant une expertise sur la thématique choisie
	
	Critères d'évaluation
	Grille de correction (critères nationaux) d'un travail d'initiation à la recherche en rapport avec le domaine de la kinésithérapie
	• Intérêt du sujet présenté
	• Pertinence du questionnement et de la démarche scientifique rapportée
	• Pertinence de la bibliographie
	• Autonomie dans la réalisation du travail
	• Critique du travail réalisé (formulée dans le travail écrit ou lors de la soutenance)
	• Perspectives présentées et capacité à en débattre
	• Qualité de la présentation orale et écrite

UI 29 Analyse et amélioration de la pratique professionnelle

Semestre : 8 Compétence : 6 à 11

CM : 5 h	TD : 35 h	TP : 60 h

ECTS : 4

Objectifs

L'UI 29 a pour finalité l'acquisition, la mobilisation et l'évaluation des capacités d'autoévaluation et d'amélioration de la pratique professionnelle. A partir de l'intégration des acquis des deux cycles de la formation, qu'ils soient théoriques, pratiques ou expérientiels, cette UE permet l'acquisition d'un recul réflexif sur la pratique professionnelle de la kinésithérapie, favorisant l'ajustement de son exercice à la singularité des situations des personnes et des structures de soins, à la complexité des situations, des relations entre les différents acteurs du système de santé et à l'évaluation des effets des traitements.
Les activités proposées sont centrées sur le développement de la qualité de l'exercice professionnel : capacités d'autoévaluation, de recherche, d'intégration et de confrontation aux données de la littérature pour évoluer vers un modèle de soin intégrant les données actualisées et probantes ; capacités de gestion des ressources, de coopération avec les acteurs et d'information ou formation des personnes, des aidants ou des professionnels qui concourent à la prise en charge des patients. Le développement de ces compétences centrées sur l'exercice renforce les compétences cœur de métier validées dans l'UE 24 et s'appuie sur l'analyse réflexive de situations vécues dans l'ensemble du cursus de formation. Ces situations peuvent être support de travail en interprofessionnalité.

Les 6 compétences visées sont les suivantes :

- Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil dans le domaine de la kinésithérapie (compétence 6)
- Analyser et faire évoluer sa pratique professionnelle (compétence 7)
- Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques (compétence 8)
- Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources (compétence 9)
- Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs (compétence 10)
- Informer et former les professionnels et les personnes en formation (compétence 11)

Eléments de contenu

Travaux à partir de situations réelles vécues dans le cursus de formation visant le développement de capacités réflexives pour l'optimisation et l'ajustement des interventions en fonction des ressources disponibles et des coopérations souhaitables, pour assurer la qualité et la sécurité des soins, de la rééducation, de la réadaptation, de la promotion de la santé, avec le souci de renforcer la pertinence et l'efficacité de la prise en charge globale, tout au long du parcours de soins par le développement des coopérations professionnelles et interprofessionnelles.

Préparation et présentation de deux analyses de situations professionnelles vécues lors du cursus de formation orientées sur le développement de capacités réflexives au service de la qualité et de la sécurité des interventions, fondées sur les savoirs développés dans les deux cycles de la formation, les données de la littérature et l'analyse critique des choix et des pratiques de santé mis en œuvre au regard des besoins des personnes.

Recommandations pédagogiques :

Le travail sur les situations professionnelles se fera à partir des situations cliniques rencontrées lors du stage semestriel et/ou de thématiques proposées par le formateur.
Les objectifs des travaux à réaliser seront présentés aux étudiants en amont du stage afin qu'ils puissent concevoir et préparer leur recueil d'information.

Modalités d'évaluation

Etudes de cas, rapports de stage et exposés oraux
Evaluation des 6 compétences visées

Critères d'évaluation

Qualité et intérêt professionnel du recueil des données de terrain et des éléments cliniques et hors cliniques relatés

Les activités pédagogiques sont organisées en sous-groupes pour permettre les échanges entre les apprenants et avec les animateurs-évaluateurs des TD ou des séances de présentation. La présentation orale des travaux se fonde sur la réalisation d'un travail écrit, individuel ou collectif. L'objectif des présentations de travaux est le développement des capacités d'analyse critique et d'autoévaluation des interventions réalisées afin de favoriser une pratique professionnelle réflexive et promouvoir l'amélioration de la pratique professionnelle au regard des besoins de santé des personnes. **L'UI 29 a pour objectif l'analyse et l'amélioration de la pratique au sens large, c'est-à-dire au-delà de l'interaction individuelle kinésithérapeute/patient. Elle est complémentaire de l'UI 25, qui vise l'analyse de pratique thérapeutique, c'est-à-dire la conception d'un traitement et la conduite de l'intervention de l'étudiant pour un patient.**	Pertinence de la prise de recul proposée et intérêt de l'analyse critique proposée À partir de l'analyse, capacité à conceptualiser et à transposer à des situations similaires Intérêt et faisabilité des propositions d'amélioration du diagnostic kinésithérapique, du projet thérapeutique ou des interventions élaborées Qualité et optimisation de l'organisation et de la gestion des ressources et de l'information proposées Apports à l'évolution des pratiques personnelles, professionnelles et/ou interprofessionnelle

UE 30 Formation à la pratique en masso-kinésithérapie		
Semestres : 5, 6, 7 et 8		
CM :	**TD : 840 h**	**TP : 110 h**
ECTS : 24		
Stage 5	**6 ECTS**	Stages cliniques en établissements de santé ou en soins ambulatoires ou stages hors cliniques
Stage 6	**6 ECTS**	
Stage 7	**12 ECTS**	

- Stages temps plein sur la base de 35 h par semaine
- Récupération d'un stage non validé ou possibilité d'un stage anticipé pendant la période des congés d'été dans des situations particulières
- Possibilité d'un stage temps plein sur 2 structures
- Les stages 5 et 6 peuvent porter sur la pratique clinique ou hors clinique.
- Le stage 7 (clinicat) est un stage professionnalisant, en secteur clinique, en temps plein de 12 semaines en 4e année (K4). Le stagiaire peut également réaliser des activités hors clinique, notamment dans un laboratoire de recherche lié au secteur clinique. Le stage peut être anticipé sur le semestre précédent d'un mois maximum (possibilité de démarrer en janvier, soit fin du semestre 7). Dans ce cas et de manière exceptionnelle, les crédits de stage peuvent être répartis proportionnellement à la durée entre S7 et S8 en respectant un total de 30 ECTS par semestre et après accord du conseil pédagogique.

Objectifs

Stages 5 et 6 en S5 et S6

- Réaliser l'évaluation des fonctions organiques et structures anatomiques, des activités et de la participation du patient (sur la base de la Classification Internationale du Fonctionnement).
- Analyser les résultats des différents examens pour formuler un diagnostic adapté et proposer des objectifs kinésithérapiques par ordre de priorité (raisonnement clinique) et en lien avec le projet du patient.
- Pratiquer et justifier les moyens utilisés en référence aux connaissances contributives (anatomiecinésiologie, physiopathologie) et à la littérature en kinésithérapie.
- Analyser la posture du MK en situation professionnelle et en identifier les éléments remarquables.

- Maîtriser la démarche diagnostique kinésithérapique :
  - Analyse des résultats des examens
  - Recherche des causes des déficiences et des limitations d'activité
  - Identification d'un problème prioritaire
- Acquérir les compétences cœur de métier (de C1 à C5) formalisées dans UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention ».
- En fin de 3e année (K3) : l'étudiant doit avoir parcouru les 3 champs cliniques : « musculo-squelettique » ; « neuro-musculaire » ; « respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire ».

Stage 7 en S8 (clinicat)

- Acquérir et valider l'ensemble des compétences :
  - compétences cœur de métier (de C1 à C5) formalisées dans UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention ».
  - compétences réflexives sur l'exercice professionnel (de C6 à C11) formalisées dans UE 29 « analyse et amélioration de la pratique professionnelle »

Il s'agit d'un stage de professionnalisation. Il doit notamment permettre d'acquérir les capacités suivantes :

- Savoir orienter le patient vers des activités physiques adaptées, savoir prendre en charge une personne en dehors du champ conventionnel
- Savoir conseiller les aidants
- Connaître ses limites et pouvoir en parler
- Savoir prendre en charge la personne sur la durée
- Savoir ré évaluer son action en fonction de l'évolution de la personne
- Savoir rédiger un compte rendu d'intervention, savoir transmettre sa prise en charge pour la continuité des soins
- Effectuer un diagnostic différentiel, connaître les drapeaux rouges de prise en charge en cas d'urgence ou de prise en charge non thérapeutique
- Savoir prescrire et expliquer la prescription

Recommandations pédagogiques :

À l'IFMK

- Accompagner l'étudiant dans la formulation de ses objectifs de stage
- Favoriser la traçabilité de l'expérience du stagiaire dans le portfolio
- Favoriser la distanciation de l'étudiant lors de débriefing de stage
- Etablir le lien avec le responsable et le tuteur de stage
- Etablir le lien avec les unités d'intégration UE 25 portant sur les compétences cœur de métier et UE 29 portant sur les compétences réflexives

En stage

- Problématiser la situation de travail pour l'apprenant, rendre les situations de travail formatrices
- Organiser et superviser les activités d'apprentissage de l'étudiant
- Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires par des conseils, des démonstrations, des explications et de l'analyse commentée de la pratique. (mettre des mots sur sa pratique).
- Favoriser l'habileté gestuelle par des démonstrations pratiques de l'étudiant
- Animer des séances d'information et de réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et de l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé.
- Favoriser les recherches personnelles de l'étudiant

Modalités d'évaluation

Evaluation des 11 compétences visées au niveau du cycle 2 : auto-évaluation et évaluation par le tuteur (tableaux concernant chaque stage à renseigner dans le portfolio)

Evaluation par le tuteur selon les critères indiqués dans la grille d'évaluation cycle 2 du portfolio

Critères d'évaluation

Sécurité des personnes (patients, aidants, soignants)

Respect du code de déontologie et de l'éthique de la profession

Respect des règles du fonctionnement propre à l'établissement (ponctualité, hygiène, procédures...)

Prise en soin adaptée en fonction du cycle de formation

Cycle 2 :

Conception et mise en œuvre du projet de soin.
Construction et justification de sa pratique en regard des recommandations et références scientifiques
Efficacité de la prise en soin

Niveau d'autonomie au regard des objectifs du stage

Comportement et communication adaptée à la situation professionnelle

Capacité à évoluer au cours du stage

UE 31 - Optionnelle 2e cycle : Gestion de projet, initiative innovante et engagement étudiant

Semestres 5 et 6

CM : 10 h	TD : 10 h	TP : 30 h

ECTS : 2

Objectifs

- Appréhender les différentes étapes de la gestion de projet.
- Concrétiser une initiative innovante et se préparer à être un acteur de projet efficace.
- Approfondir ou enrichir sa formation

Eléments de contenu

Définition, enjeux et phases de réalisation d'un projet :
L'étudiant abordera de manière théorique les différents aspects de l'élaboration d'un projet innovant
Pratique : concrétisation d'un projet innovant
Les étudiants qui le souhaitent pourront concrétiser une démarche de projet dans un domaine de la kinésithérapie.
Approfondissement ou enrichissement de sa formation
L'étudiant choisit, réalise et rend compte d'une ou de plusieurs actions de formation complémentaire(s) (voyage d'étude, visites ou rencontres professionnelles, MOOC, inscription à une formation universitaire ou professionnelle continue …)

Recommandations sur les éléments de contenu

Définition, enjeux et phases de réalisation d'un projet :
- L'Innovation dans le domaine de la rééducation
- Les différentes phases d'un projet.
- Travail de groupe et outils de résolution de problèmes (exemples : brainstorming, le QQOQCP, le diagramme cause-effet, etc.)
- **Financement, coût et performance d'un projet.**
- Planification, contrôle de l'avancement, maîtrise des délais et évaluation.
- **Notion de risque et de responsabilité.**

Pratique : concrétisation d'un projet innovant
Les étudiants qui le souhaitent pourront concrétiser une démarche de projet dans un domaine de la kinésithérapie.
Approfondissement ou enrichissement de sa formation
L'étudiant choisit, réalise et rend compte d'une ou de plusieurs actions de formation complémentaire(s) (voyage d'étude, visites ou rencontres professionnelles, MOOC, inscription à une formation universitaire ou professionnelle continue …)

Recommandations pédagogiques :

La gestion de projet repose sur le travail de groupe.

Les étudiants seront incités à constituer des groupes restreints dans lesquels ils monteront leur projet.

Les TP et TD permettront de guider et de réguler l'avancement de leurs projets innovants.

Il peut s'agir d'un projet interprofessionnel.

Il peut s'agir d'une UE d'une autre filière de formation

Modalités d'évaluation

Réalisation d'un rapport écrit et/ou d'une soutenance orale.

Critères d'évaluation

Pertinence du projet proposé, caractère innovant, identification des étapes de réalisation et des rôles de chacun des protagonistes.

Intérêt et pertinence des apports pour la professionnalisation de l'étudiant

UE 32 - Optionnelle 2eCycle : Gestion de projet, initiative innovante et engagement étudiant

Semestres 7 et 8

CM : 20 h	TD : 20 h	TP : 60 h

ECTS : 4

Objectifs

- Appréhender les différentes étapes de la gestion de projet.
- Concrétiser une initiative innovante et se préparer à être un acteur de projet efficace.
- Approfondir ou enrichir sa formation

Eléments de contenu

Définition, enjeux et phases de réalisation d'un projet :
L'étudiant abordera de manière théorique les différents aspects de l'élaboration d'un projet innovant
Pratique : concrétisation d'un projet innovant
Les étudiants qui le souhaitent pourront concrétiser une démarche de projet dans un domaine de la kinésithérapie.
Approfondissement ou enrichissement de sa formation
L'étudiant choisit, réalise et rend compte d'une ou de plusieurs actions de formation complémentaire(s) (voyage d'étude, visites ou rencontres professionnelles, MOOC, inscription à une formation universitaire ou professionnelle continue …)

Recommandations sur les éléments de contenu

Définition, enjeux et phases de réalisation d'un projet :
- L'Innovation dans le domaine de la rééducation
- Les différentes phases d'un projet.
- Travail de groupe et outils de résolution de problèmes (exemples : brainstorming, le QQOQCP, le diagramme cause-effet, etc.)
- **Financement, coût et performance d'un projet.**
- Planification, contrôle de l'avancement, maîtrise des délais et évaluation.
- **Notion de risque et de responsabilité.**

Pratique : concrétisation d'un projet innovant
Les étudiants qui le souhaitent pourront concrétiser une démarche de projet dans un domaine de la kinésithérapie.
Approfondissement ou enrichissement de sa formation
L'étudiant choisit, réalise et rend compte d'une ou de plusieurs actions de formation complémentaire(s) (voyage d'étude, visites ou rencontres professionnelles, MOOC, inscription à une formation universitaire ou professionnelle continue …)

Recommandations pédagogiques :

La gestion de projet repose sur le travail de groupe.
Les étudiants seront incités à constituer des groupes restreints dans lesquels ils monteront leur projet.
Les TP et TD permettront de guider et de réguler l'avancement de leurs projets innovants.
Il peut s'agir d'un projet interprofessionnel.
Il peut s'agir d'une UE d'une autre filière de formation

Modalités d'évaluation

Réalisation d'un rapport écrit et/ou d'une soutenance orale.

Critères d'évaluation

Pertinence du projet proposé, caractère innovant, identification des étapes de réalisation et des rôles de chacun des protagonistes.
Intérêt et pertinence des apports pour la professionnalisation de l'étudiant

ANNEXE IV *BIS*

ANNEXE IV *BIS* DU PROJET D'ARRÊTÉ RELATIF AU DIPLÔME D'ÉTAT DE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE

LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation conduisant au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute vise l'acquisition de compétences pour répondre aux besoins et aux demandes de santé des personnes et de la population. La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, l'éducation, le diagnostic kinésithérapique et le traitement des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne, des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles des personnes à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute utilise les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie. La formation doit préparer le futur professionnel aux différentes formes d'exercice de la profession et notamment à concourir à la formation initiale et à la formation continue.

La formation doit également amener l'étudiant à concevoir et à réaliser des travaux de recherche pour permettre le développement de l'esprit scientifique, de la problématisation et de la réflexivité, transposables dans les pratiques professionnelles d'éducation et de soins.

1. **Finalités de la formation**

La formation d'un masseur-kinésithérapeute vise l'acquisition de connaissances et les apprentissages technologiques requis. Elle doit également apporter au futur masseur-kinésithérapeute les connaissances nécessaires à l'exercice de son métier et développer les capacités qui assureront son expertise comme praticien.

L'enseignement est, d'une part, articulé autour des sciences fondamentales (dont les sciences biologiques et médicales, les sciences du mouvement et les sciences humaines et sociales qui permettent de comprendre la singularité des patients et des situations professionnelles), et, d'autre part, des savoirs et savoir-faire disciplinaires de kinésithérapie/physiothérapie. Ce premier volet de la formation rassemble les enseignements dits « fondamentaux ».

Le deuxième volet consiste à développer les aptitudes, les capacités et les compétences nécessaires au futur professionnel, tant au démarrage de la carrière que tout au long de celle-ci. À partir des aptitudes personnelles, la formation doit favoriser le développement des capacités professionnelles, des aptitudes interpersonnelles (travail en groupe, communication), et des compétences liées aux exercices de la profession de masseur-kinésithérapeute. Il s'agit de développer les capacités suivantes : autonomie, adaptabilité, habileté, analyse critique, capacité à apprendre tout au long de la vie, aptitude au travail en équipe et à la coordination, capacité d'intégration et de transposition de l'ensemble des connaissances, créativité, apprentissage du processus d'analyse de masseur-kinésithérapeute, intelligence critique, distanciation, référencement scientifique de ses pratiques, non dogmatisme et dialectisation des situations et des pratiques.

L'étudiant est ainsi amené à devenir un professionnel de santé autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un praticien capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions en mesurant les limites de ses compétences et de son rôle et de mener les interventions appropriées seul ou en équipe.

2. **Principes pédagogiques**

Le référentiel de formation est articulé autour de l'acquisition de compétences requises pour l'exercice des différentes activités inhérentes aux rôles et missions de la masso-kinésithérapie/physiothérapie.

Le référentiel de formation organise, après une première année universitaire validée (60 ECTS), sur deux cycles de 4 semestres chacun, le développement des compétences professionnelles. Le premier cycle apporte les enseignements scientifiques, méthodologiques et professionnels fondamentaux nécessaires à la compréhension des problèmes de santé et des situations cliniques rencontrées en kinésithérapie. Le second cycle, à partir du socle de connaissances théoriques et pratiques acquis, organise le développement des compétences diagnostiques et d'intervention kinésithérapique dans tous les champs d'exercice de la profession.

Le référentiel de formation met en place une alternance entre l'acquisition de connaissances, de savoir-faire reliés à des situations professionnelles, et la mobilisation de ces connaissances, de ces savoir-faire en situation de soins dans le domaine de la kinésithérapie. Il s'appuie sur la maîtrise des connaissances théoriques et pratiques et la pratique régulière de l'analyse de situations professionnelles.

Les moyens associent les ressources pédagogiques de la formation professionnelle et de l'enseignement universitaire : enseignements magistraux (présentiel, enseignement à distance ou e-learning), travaux dirigés, travaux pratiques, auxquels peuvent être associées les activités proactives.

Parmi elles, l'apprentissage par problème permet à l'étudiant d'acquérir des connaissances à travers la résolution de problèmes. Les activités de mise en situation (projets d'applications, stages professionnels, laboratoires...) initient les étudiants aux différentes facettes de leur futur métier, les motivent sur un projet professionnel et contribuent à faire de leur parcours une formation professionnalisante.

Le référentiel de formation est organisé pour mettre en relation les connaissances à acquérir et le développement des compétences requises pour assurer les rôles et missions du masseur-kinésithérapeute. Les unités d'intégration mobilisent l'ensemble des savoirs autour des situations professionnelles.

Lors de la formation clinique, la progression de l'étudiant dans l'acquisition des compétences est formalisée dans le portfolio.

Le parcours de formation tient compte de la progression de chaque étudiant dans l'acquisition des compétences. Par la prise en considération du projet de formation et du projet professionnel de l'étudiant, et par les choix ouverts au niveau des activités de formation, le parcours permet de développer l'autonomie et la responsabilité de l'étudiant qui construit son cheminement vers la professionnalisation.

La formation pourvoit aux besoins de savoirs qui permettent aux étudiants d'assumer, au double plan, conceptuel et technique, dans la durée, la totalité des actes requis par leur profession. Le savoir universitaire est utile pour répondre de manière fondée, intelligible et efficace aux questions de l'apprenant et du professionnel en kinésithérapie car il lui permettra de maitriser à la fois l'art de la différenciation et du rapprochement. Il ne s'agit pas uniquement de restituer les savoirs et les savoir-faire associés mais de questionner la valeur épistémologique des savoirs d'actions et des pratiques professionnelles, pour permettre à l'étudiant-professionnel d'analyser et de penser sa pratique en référence à des données scientifiques.

Les formes et contenus de l'évaluation sont en adéquation avec les principes pédagogiques et les objectifs de professionnalisation.

Les unités d'enseignement (UE) organisent des regroupements de contenus essentiels et structurants pour la formation de l'étudiant.

Les unités d'intégration (UI) reposent sur :

– l'intégration et l'utilisation pertinente des différents savoirs acquis en lien avec une situation ;
– la mobilisation active et dynamique de ces savoirs et la mise en œuvre des compétences ciblées par l'unité dans une ou plusieurs situations.

Les stages permettent la mise en œuvre des compétences dans une ou plusieurs situations.

3. **Durée de la formation**

Faisant suite à une première année universitaire validée (prioritairement PACES), la formation se compose de deux cycles de deux ans. La formation est construite par alternance entre :

– des temps de formation théorique, méthodologique et pratique réalisés dans les instituts de formation et à l'université ; dans ce cadre, les situations d'apprentissage professionnel sont réalisées en situation simulée, virtuelle ou en référence à une situation concrète ;
– des temps de formation clinique et hors clinique réalisés sur les lieux d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes ; dans ce cadre, les situations d'apprentissage professionnel sont réalisées en situation réelle.

La présence lors des travaux dirigés (comprenant les travaux pratiques) et des stages est obligatoire. Certains enseignements en cours magistral peuvent être rendus obligatoires en fonction du projet pédagogique. Certains cours peuvent se réaliser en enseignement à distance (EAD) ou e-learning.

RÉPARTITION DES ECTS et des volumes horaires par cycle	ECTS	COURS magistraux	TRAVAUX dirigés	CM + TD + Formation pratique	TEMPS personnel
CYCLE 1	120	445	575	1650	1610
CYCLE 2	120	450	510	1800	1610
TOTAL CYCLE 1 ET CYCLE 2	240	895	1085	3450	3220
Dont formation pratique masso-kinésithérapique:				1470	

4. **Organisation de la formation théorique et pratique**

Fondé sur une première année universitaire validée (60 ECTS), le référentiel de formation décrit une formation professionnelle spécifique de masseur-kinésithérapeute articulée autour de huit semestres (de 30 ECTS) et de 2 cycles avec le 1er cycle (S1 à S4) et le 2e cycle (S5 à S8).

Il propose des unités d'enseignement (UE) qui sont de quatre types:

– des unités d'enseignement de savoirs dits « contributifs » aux savoirs dans le domaine de la masso-kinésithérapie;
– des unités d'enseignement de savoirs constitutifs des compétences dans le domaine de la masso-kinésithérapie;
– des unités d'intégration des différents savoirs permettant leur mobilisation en situation d'intervention en kinésithérapie;
– des unités de méthodologie et de savoirs transversaux.

Les objectifs pédagogiques, les contenus et modalités d'évaluation sont décrits dans les fiches pédagogiques des unités d'enseignement en annexe IV de l'arrêté. Ces documents sont mis à disposition des enseignants et des étudiants.

Modalités pédagogiques

Les enseignements sont réalisés sous la forme de cours magistraux (CM), de travaux dirigés (TD) comportant les travaux pratiques, et s'appuient sur le travail personnel (TP) de l'étudiant.

Les cours magistraux (CM) sont des cours théoriques qui peuvent s'appuyer sur des études de cas.

Les travaux dirigés (TD), comprenant les travaux pratiques, sont des temps d'enseignement obligatoires réunissant au maximum 25 étudiants. Ils permettent de compléter, illustrer, approfondir un cours magistral en apportant des explications théoriques ou pratiques. Ils permettent d'appliquer et d'analyser en situation les connaissances apprises pendant les cours théoriques ou d'introduire des notions nouvelles par l'utilisation de méthodes interactives.

Ils permettent également par une démarche d'analyse et d'explicitation de situations professionnelles rencontrées au cours de la formation clinique d'autoévaluer la démarche mise en œuvre par l'étudiant et de distinguer des savoirs acquis et transposables.

Les unités d'enseignements (UE) regroupent les enseignements d'un même domaine disciplinaire ou professionnel: elles comportent des objectifs de formation, des contenus, une durée, des modalités et des critères de validation. Elles donnent lieu à une valorisation en crédits européens.

La place des UE dans le référentiel de formation permet des liens entre elles et une progression de l'apprentissage des étudiants. Les unités d'enseignement sont complémentaires et interdépendantes.

Les unités d'intégration (UI) sont des unités d'enseignement qui portent sur l'étude des situations cliniques en masso-kinésithérapie. Elles comportent des analyses de situation préparées par les étudiants, des mises en situations simulées, des analyses des situations vécues en formation clinique et des travaux de transposition à de nouvelles situations. Le formateur aide l'étudiant à reconnaître la singularité des situations tout en identifiant les concepts transférables à d'autres interventions.

Les UI, situées à la fin du 1er cycle, à la fin de la première et de la deuxième année du 2e cycle, proposent des travaux à réaliser en lien avec l'évaluation de plusieurs compétences dont les savoirs et savoir-faire ont été acquis lors du ou des semestres en cours ou antérieurs. Les savoirs évalués dans le cadre de l'UI sont ceux en relation avec la ou les compétences citées.

Les étudiants construisent leurs savoirs à partir de l'étude de ces situations, en s'appuyant sur la littérature professionnelle, sur la littérature scientifique et sur les interactions avec les formateurs ou les professionnels. Ils apprennent à confronter leurs connaissances et leurs propositions, ils travaillent sur la recherche de sens dans leurs actions dans une logique de « contextualisation et décontextualisation ». Dans ce cadre, l'autoanalyse et l'autoévaluation sont favorisées.

Les réalités professionnelles sont analysées selon la forme pédagogique appropriée. Une large place est faite à l'étude et la construction des représentations socioculturelles et professionnnelles, à l'analyse des conflits sociocognitifs et à la co-analyse référencée de la pratique. La médiation du formateur, les travaux entre pairs et l'évaluation formatrice participent à cette construction.

Des liens sont établis entre les structures d'accueil pour la formation clinique et l'institut de formation permettant de co-élaborer les dispositifs pédagogiques et les projets d'encadrement.

Domaines et unités d'enseignement

Le référentiel de formation du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute est constitué de trois domaines de formation composés de 32 unités d'enseignement. Il permet d'offrir une progression pédagogique cohérente dans l'objectif d'acquisition des onze compétences du référentiel.

Les trois domaines sont :

1. Les enseignements fondamentaux.
2. Sciences et ingénierie en kinésithérapie.
3. Approfondissement et professionnalisation.

Chaque UE contribue à l'acquisition des compétences du référentiel, selon le schéma suivant :

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 1 :

« Analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique ».

UE 3. Sciences biomédicales
UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)
UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1
UE 7. Évaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité
UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2
UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire
UE 17. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
UE 18. Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 2 :

« Concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation ».

UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie
UE 10. Démarche et pratique clinique : Élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive.
UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation.

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 3 :

« Concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage »

UE 1. Santé publique
UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 4 :

« Concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie »

UE 7. Évaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité
UE 19. Évaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique
UE 20. Évaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire
UE 21. Évaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie

UE 25. Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 5 :

« Etablir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso kinésithérapie »
UE 2. Sciences humaines et sciences sociales

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 6 :

« Concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso kinésithérapie »
UE 19. Évaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique
UE 20. Évaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire
UE 21. Évaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire
UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie
UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 7 :

« Analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle »
UE 10. Démarche et pratique clinique : Elaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive
UE 25. Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention
UE 29. Analyse et amélioration de la pratique professionnelle

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 8 :

« Rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques »
UE 8. Méthodes de travail et méthodes de recherche
UE 9. Langue anglaise professionnelle
UE 26. Langue anglaise professionnelle
UE 27. Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie
UE 28. Mémoire

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 9 :

« Gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources »
UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 10 :

« Organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs »
UE 1. Santé publique
UE 2. Sciences humaines et sciences sociales
UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation

Unités d'enseignement en relation avec la compétence 11 :

« Informer et former les professionnels et les personnes en formation »
UE 2. Sciences humaines et sciences sociales
UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure
UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique

Dans chaque cycle se trouvent deux unités optionnelles qui permettent d'approfondir un domaine d'exercice de la masso-kinésithérapie ou de mener une réflexion sur un choix possible d'orientation à la sortie de la formation.

5. **Organisation de la formation à la pratique masso-kinésithérapique en structure d'accueil**

L'enseignement à la pratique professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes s'effectue au cours de périodes de stages dans des milieux professionnels en lien avec les besoins de santé. Ces périodes alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Pendant les temps de stage, l'étudiant se trouve confronté à la pratique MK auprès des patients, il se forme en réalisant des activités et en les analysant au sein d'équipes de professionnels.

Les savoirs théoriques, techniques, organisationnels et relationnels utilisés dans les activités sont mis en évidence par les tuteurs qui encadrent l'étudiant et par le formateur dans les rencontres

avant et après les périodes de stages. Une régulation intermédiaire pourra être réalisée pendant ces périodes. Des analyses de pratique seront effectuées en lien avec les unités d'enseignement et d'intégration.

Ainsi, les structures d'accueil sont des lieux de mobilisation, d'intégration et d'acquisition des connaissances, par l'observation, la contribution aux soins et aux interventions dans le domaine de la masso-kinésithérapie, la prise en soins des personnes, la participation aux réflexions menées en équipe et la résolution des situations.

L'analyse de la pratique contribue à développer chez l'étudiant la pratique réflexive nécessaire au développement des compétences en masso-kinésithérapie.

L'étudiant construit ses compétences en agissant avec les professionnels et en inscrivant dans son portfolio les éléments d'analyse de ses activités, ce qui l'aide à mesurer sa progression.

Les objectifs de stage

Les objectifs de stages tiennent compte des ressources des structures d'accueil, des besoins des étudiants en rapport avec l'étape de leur cursus de formation, et des demandes individuelles des étudiants.

La formation clinique doit permettre à l'étudiant :

- de découvrir les environnements professionnels ;
- d'acquérir des connaissances ;
- d'acquérir une posture réflexive, en questionnant la pratique avec l'aide des professionnels ;
- d'exercer son jugement et ses habiletés gestuelles ;
- de centrer son écoute sur la personne soignée et son environnement afin de proposer des interventions et/ou conseils appropriés ;
- de prendre progressivement des initiatives et des responsabilités ;
- de reconnaître ses émotions, et d'adopter la distance professionnelle appropriée ;
- de mesurer ses acquisitions dans chacune des compétences ;
- de confronter ses idées, ses opinions et ses manières de faire à celles de professionnels et d'autres étudiants.

Chaque stage fait l'objet d'un descriptif précis avec :

- des objectifs ;
- des recommandations pédagogiques ;
- des modalités d'évaluation ;
- des critères d'évaluation.

Les objectifs de stage sont négociés avec le tuteur de la structure d'accueil à partir des ressources. Ils sont rédigés et inscrits dans le portfolio de l'étudiant.

Les terrains de stage

Les terrains de stage sont situés dans toutes structures (en France ou à l'étranger) susceptibles de concourir à la construction des compétences professionnelles attendues de l'étudiant. Ces terrains peuvent notamment être situés dans des structures hospitalières, médico-sociales, de réseau, structures publiques ou privées, en cabinets libéraux, dans des structures associatives, éducatives, sportives (arrêté du 23 mai 2011).

Les stages doivent permettre de valider l'ensemble des compétences, d'explorer les différents champs d'exercice de la kinésithérapie (musculo-squelettique ; neuromusculaire ; cardiorespiratoire, vasculaire et interne) et les interventions spécifiques (pédiatrie, gériatrie, santé publique, ...) en clinique et hors clinique.

Les responsables de l'encadrement

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité administrative du représentant de l'établissement d'accueil.

La direction de l'établissement d'accueil est responsable de la gestion administrative de la formation clinique : conditions d'accueil, charte d'encadrement. Elle est signataire de la convention de stage.

Le directeur de l'institut de formation est responsable de l'organisation pédagogique et administrative de la formation clinique : calendrier, objectifs pédagogiques, choix des structures d'accueil. Il est signataire de la convention avec le responsable de la structure d'accueil.

Chaque étudiant est placé sous la responsabilité d'un maître de stage, d'un tuteur de stage et d'un professionnel de proximité au quotidien. Ces trois fonctions peuvent être exercées par la même personne pour des raisons d'organisation. Le tuteur de stage est un masseur kinésithérapeute.

Le rôle des acteurs de la formation

Ces acteurs sont impliqués dans l'organisation du stage et communiquent entre eux les informations qu'ils jugent utiles au bon déroulement de celui-ci

STAGE		ÉTUDIANT	IFMK		
Rôle du maître de stage de la structure d'accueil	Rôle du tuteur de stage	Rôle du stagiaire	Rôle des formateurs et/ou des responsables du suivi pédagogique de l'institut	Rôle du responsable des stages de l'institut de formation	Rôle du responsable de l'institut de formation
Est l'interlocuteur privilégié de l'IFMK. Contribue à l'élaboration du projet de formation de sa structure. Est responsable de la mise en place de la fonction tutorale dans sa structure. Pilote l'intégration des étudiants dans sa structure. Est garant du processus d'évaluation du stage. Avertit l'institut en cas d'absence ou de survenue d'évènements graves. Élabore un rapport circonstancié en cas d'incident. Est garant de la qualité et de la sécurité des soins.	Accueille, intègre et organise le stage de l'étudiant. Assure le suivi et la formation de l'étudiant en faisant émerger du sens au cours de situations de travail. Met en œuvre le processus d'évaluation et accompagne l'étudiant dans son processus d'autoévaluation. Identifie les points forts et les points faibles et donne des objectifs de progression. Transmet les valeurs professionnelles. Est garant de la qualité et de la sécurité des soins.	Est responsable de son portfolio et de sa mise à jour. Prépare son stage en formulant des objectifs précis. Présente les objectifs institutionnels et négocie avec le tuteur ses objectifs personnels. Respecte les règles de l'organisation de la structure. Agit sous la supervision du tuteur. Élabore ses actes et ses comportements dans le cadre d'une réflexion éthique. Construit ses savoirs professionnels par la formalisation de son expérience. Confronte son expérience aux savoirs existants ainsi qu'aux données de la littérature scientifique. Participe à l'analyse de sa progression.	Assure l'accompagnement de l'étudiant à l'institut. Organise la valorisation des savoirs expérientiels. Participe au contrôle du parcours de formation clinique et hors clinique. Participe à l'élaboration des parcours et des projets en lien avec l'expérience clinique et hors clinique. Accompagne la production des projets inhérents à l'expérience de stage.	Organise le recensement de l'offre de stage. Structure l'offre de stage. Assure la régulation du dispositif. Est l'interlocuteur privilégié des terrains de stage, notamment en termes de conseils et d'explicitations du projet de formation. Recueille et met à disposition des étudiants les livrets d'accueil fournis par les structures ainsi que leurs projets de formation. Informe les étudiants sur les ressources formatives des stages en termes de populations accueillies et d'activités cliniques ou hors cliniques. Participe à la recherche de nouveaux terrains de stage.	Est responsable de l'agrément des terrains de stage. Est responsable de la conception et de la mise en place du projet de formation professionnelle. S'assure des moyens et des outils de l'alternance. Construit le parcours de formation clinique et hors clinique des étudiants et s'assure de la traçabilité. Est responsable de l'application de la réglementation en cours, concernant les stages.

L'organisation et la validation des stages

La formation clinique a une durée totale de 42 semaines soit 1 470 heures réparties sur les quatre années de formation sur la base de 35 heures par semaine.

Déroulé des stages

Généralités

L'enseignement clinique s'effectue au cours de période de stages qui alternent avec les périodes d'enseignement en institut de formation.

Les stages sont positionnés dans le semestre de manière souple pour prendre en compte les spécificités des instituts. Il est possible de faire un stage temps plein sur deux structures.

Spécificités des stages

Les lieux de stage permettent à l'étudiant de poursuivre des objectifs de progression et d'accompagnement pédagogique à travers le cycle 1 et 2 de la manière suivante :

– stages 1 et 2 : découverte du système de santé, de la profession et du parcours du patient, initiation à la pratique clinique ;
– stages 3 et 4 : approche bio-psycho-sociale d'une personne soignée en lien avec les champs cliniques et méthodologiques, formation à la pratique clinique.

Ces stages visent à parcourir l'ensemble des onze compétences à un premier niveau, celles-ci étant formalisées dans le portfolio et l'UE 10.

– stages 5 et 6 : acquisition des compétences cœur de métier en lien avec les champs cliniques, formation à la pratique clinique ou hors clinique.

Ces stages ciblent les cinq compétences finales cœur de métier formalisées dans l'UE 25.

En fin de 3e année (K3) : l'étudiant doit avoir parcouru les trois champs cliniques : musculo-squelettique ; neuro-musculaire ; respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire).

– stage 7 – clinicat : stage professionnalisant, en secteur clinique, temps plein de douze semaines consécutives en 4e année (K4). Le stagiaire peut également réaliser des activités hors clinique, notamment dans un laboratoire de recherche lié au secteur clinique. Le stage peut être anticipé sur le semestre précédent d'un mois maximum. Dans ce cas et de manière exceptionnelle, les crédits de stage peuvent être répartis proportionnellement à la durée entre S7 et S8 en respectant un total de 30 ECTS par semestre et après accord du conseil pédagogique.

Le stage doit permettre de valider l'ensemble des compétences au niveau final.

Validation des stages

La durée des stages est d'une semaine par ECTS, le temps de travail autour du stage étant inclus (préparation, exploitation…).

L'acquisition des compétences en situation se fait progressivement au cours de la formation, elle est appréciée à partir du portfolio dont le modèle figure en annexe V que l'étudiant remplit au cours de son stage.

Le tuteur remplit la feuille de stage à partir de critères d'évaluation. Les crédits européens correspondant au stage sont attribués par la CAC dès lors que le stage est validé.

En cas de non-validation d'un stage l'étudiant effectue un nouveau stage dont les modalités sont définies par l'équipe pédagogique et proposées à la CAC. La récupération d'un stage non validé ou la possibilité d'un stage anticipé pourra s'effectuer pendant la période des congés d'été.

Répartition des crédits alloués aux stages

L'enseignement clinique est réparti en sept stages avec le nombre d'ECTS correspondant suivants pour chaque cycle.

Concernant les stages 1 et 2 du cycle 1, une fourchette d'ECTS permet de moduler les temps de stage.

Enfin, les douze crédits du stage long doivent pouvoir être répartis sur le semestre 7 et/ou le semestre 8 en fonction du projet pédagogique de l'IFMK.

1er cycle	18 ECTS	2e cycle	24 ECTS
Stage 1	2 ECTS ou 3 ECTS	Stage 5	6 ECTS
Stage 2	4 ECTS ou 3 ECTS	Stage 6	6 ECTS
Stage 3	6 ECTS		
Stage 4	6 ECTS	Stage 7	12 ECTS

Toute modification doit être validée en conseil pédagogique.

La qualification des structures d'accueil pour les stages

Les structures d'accueil pour la formation sont choisies parmi celles qui sont reconnues qualifiantes par l'institut de formation. Cette reconnaissance s'effectue sur la base des conditions suivantes :

– présence d'un professionnel MK pour la formation clinique ;
– les ressources mises à disposition de l'étudiant et les activités sont en lien avec l'acquisition des compétences ;

– une charte d'encadrement et un livret d'accueil de l'étudiant sont préconisés.

La formation des tuteurs est préconisée.

Elles accueillent un ou plusieurs étudiants en fonction du nombre de tuteurs et de leur capacité d'accueil.

La convention précise que la structure d'accueil adhère aux principes de la charte d'encadrement des stages.

La charte d'encadrement

La charte d'encadrement est établie entre l'établissement d'accueil et l'institut de formation partenaire. Elle est portée à la connaissance des étudiants et formalise les engagements des deux parties dans l'encadrement des étudiants.

Le livret d'accueil et d'encadrement

Un livret d'accueil spécifique à chaque lieu de stage est mis à disposition de l'étudiant.

Celui-ci comporte :

– les éléments d'information nécessaires à la compréhension du fonctionnement de la structure d'accueil (type de service, population accueillie, etc.) ;
– les situations les plus fréquentes devant lesquelles l'étudiant pourra se trouver ;
– les actes et activités qui lui seront proposés ;
– les éléments de compétences plus spécifiques qu'il pourra acquérir ;
– la liste des ressources offertes à l'étudiant dans la structure d'accueil ;
– les modalités d'encadrement : conditions de l'accueil individualisé de l'étudiant, établissement d'un tutorat nominatif, prévisions d'entretiens à mi-parcours, prévision des entretiens d'évaluation, nombre d'encadrant formés au tutorat ;
– les règles d'organisation en stage : horaires, tenue vestimentaire, présence, obligations diverses.

L'établissement d'une convention de stage

Une convention tripartite est établie et signée par l'institut de formation, l'établissement d'accueil et l'étudiant. Elle précise les conditions d'accueil dans la structure pour une période donnée et les engagements de chaque partie.

Elle précise la durée d'accueil du stagiaire et détermine les modalités de son évaluation et de sa validation dans la formation du stagiaire. Elle garantit les assurances contractées par l'institut de formation, la structure d'accueil/le maître de stage et par les étudiants.

Cette convention peut être établie annuellement et comporter des avenants pour chaque stage.

Le portfolio de l'étudiant

Le portfolio est un outil de structuration de la pensée de l'apprenant, à l'usage de celui-ci, pour construire son parcours professionnalisant, définir ses objectifs de stages et identifier ses compétences acquises. Cette autoévaluation s'appuie sur l'analyse réflexive.

Le portfolio contribue à l'acquisition des compétences nécessaires pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Le portfolio constitue un recueil de données transcrites par l'apprenant, permettant de tracer et d'analyser les capacités développées en stage. Le portfolio peut être complété par divers travaux, élaborés à partir de l'expérience en stage, qui font foi de l'acquisition des compétences de l'étudiant en gardant des traces pertinentes de ses réalisations aux différents stades de son apprentissage.

Les onze compétences seront évaluées au cours des deux cycles de formation.

Le 1er cycle repose sur la compréhension des situations professionnelles, il est centré sur l'acquisition méthodologique des compétences.

Le 2e cycle est centré sur l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et la mise en œuvre d'une intervention adaptée. Il permet, par l'analyse de pratiques, la distanciation, le développement de capacités réflexives et le questionnement éthique de l'étudiant.

Pour le tuteur de stage et les formateurs, le portfolio est un outil de lisibilité du parcours de l'étudiant et un guide d'accompagnement ;

Pour l'étudiant, le portfolio permet d'organiser la progression des apprentissages et d'évaluer l'acquisition des compétences.

Le portfolio est un document imprimé (ou informatisé) et non modifiable par l'étudiant.

Attribution des crédits de formation

Le référentiel donne lieu à l'attribution des crédits conformément au système européen de transferts de crédits, « European Credits Transfert System » (ECTS). Cette reconnaissance favorise la mobilité étudiante et professionnelle.

Le principe qui préside l'affectation des crédits est de 30 crédits par semestre de formation et de 60 crédits par année. Les fourchettes établies tiennent compte de cette répartition par année.

La notion de charge de travail de l'étudiant prend en compte toutes les activités de formation (cours, séminaires, stages, mémoire, travail personnel, évaluations..) et toutes les formes d'enseignement (présentiel, à distance, en ligne..).

Le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute sanctionne un niveau validé par l'obtention de 240 crédits de formation.

ANNEXE V

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ
PORTFOLIO DE L'ÉTUDIANT EN MASSO-KINÉSITHÉRAPIE

Nom et prénom de l'étudiant :

Institut de formation en masso-kinésithérapie (tampon de l'IFMK) :

Nom et prénom du responsable de stage en IFMK :

Téléphone et courriel de contact :

Table des matières

Le portfolio des stages en masso-kinésithérapie

Le rappel du dispositif de formation

L'organisation des stages

Le rôle des acteurs de la formation

La profession de masseur-kinésithérapeute et les référentiels

L'évaluation de l'étudiant

Les fiches d'objectifs et d'évaluation par stage

Les fiches d'autoévaluation et d'évaluation des compétences par stage.

Le récapitulatif du parcours de stage

Le portfolio des stages en masso-kinésithérapie

Le portfolio est un outil de structuration de la pensée de l'apprenant, à l'usage de celui-ci, pour construire son parcours professionnalisant, définir ses objectifs de stages et identifier ses compétences acquises. Cette autoévaluation s'appuie sur l'analyse réflexive.

Le portfolio contribue à l'acquisition des compétences nécessaires pour l'obtention du diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

Le portfolio constitue un recueil de données transcrites par l'apprenant, permettant de tracer et d'analyser les capacités développées en stage. Le portfolio peut être complété par divers travaux, élaborés à partir de l'expérience en stage, qui font foi de l'acquisition des compétences de l'étudiant en gardant des traces pertinentes de ses réalisations aux différents stades de son apprentissage.

Les onze compétences seront évaluées au cours des deux cycles de formation.

Le 1er cycle a pour finalité la compréhension des situations professionnelles, il doit permettre l'acquisition méthodologique des compétences.

Le 2e cycle est centré sur l'élaboration du diagnostic kinésithérapique et la mise en œuvre d'une intervention adaptée. Il permet, par l'analyse de pratiques, la distanciation, le développement de capacités réflexives et le questionnement éthique de l'étudiant.

Pour le tuteur de stage et les formateurs, le portfolio est un outil de lisibilité du parcours de l'étudiant et un guide d'accompagnement.

Pour l'étudiant, le portfolio permet de s'initier à l'auto-évaluation de ses compétences et de disposer des évaluations, des préconisations ou des commentaires du tuteur de stage.

Le portfolio est un <u>document</u> imprimé (ou informatisé) et <u>non modifiable</u> par l'étudiant.

Le rappel du dispositif de formation

La formation est organisée en deux cycles et articule le contenu des unités d'enseignement (UE) délivrées en Institut de Formation avec les apprentissages cliniques et hors clinique effectués en stage.

Le mémoire de fin d'études, n'est pas lié à un stage particulier, sa construction et son évaluation procèdent de la validation de l'UE 28.

Cycle 1 : comprendre les situations de soin
Il a pour finalité les acquisitions conceptuelles. Il est organisé pour permettre à l'étudiant d'acquérir la dimension méthodologique des 11 compétences. La 1re année (K1) est centrée sur les savoirs fondamentaux nécessaires à la compréhension des pratiques professionnelles, à la découverte des formes d'exercice et la responsabilité d'exercice. La 2e année (K2) est orientée vers l'acquisition de la démarche de raisonnement clinique.
Les UE sont réparties en trois domaines : – enseignements fondamentaux axés sur les sciences biologiques et médicales fondamentales ; – sciences et ingénierie en kinésithérapie axés sur les bilans, les évaluations et technologies en kinésithérapique ; – apprentissages et approfondissement axés sur les méthodes de travail, la construction du raisonnement clinique et critique.

Cycle 2 : agir avec compétence dans les situations de soin
Il a pour finalité la mise en projet et la réalisation d'actes en situation réelle. Il est organisé pour permettre à l'étudiant la mise en œuvre des onze compétences La 3e année (K3) est centrée sur l'élaboration du diagnostic kinésithérapique, la conception des interventions et l'acquisition des savoir-faire. L'évaluation des compétences est centrée sur les compétences cœur de métier (de C1 à C5). La 4e année (K4) doit permettre l'approfondissement des compétences cœur de métier ainsi que la mise à distance de l'exercice professionnel et les pratiques réflexives. L'évaluation porte sur l'ensemble des compétences (de C1 à C11).
Les UE sont réparties en trois domaines : – enseignements fondamentaux axés sur la sémiologie, la physiopathologie et les pathologies. – sciences et ingénierie en kinésithérapie axés sur les bilans, évaluations et technologies en kinésithérapie dans les différents champs d'intervention. – approfondissement et professionnalisation axés sur la pratique clinique et professionnelle.

UNIVERSITE	**IFMK**				
Année de sélection	**1er cycle**		**2ème cycle**		
L1 (S1-S2)	**K1 (S1-S2)**	**K2 (S3-S4)**	**K3 (S5-S6)**	**K4 (S7-S8)**	
Unités d'enseignement de première année commune aux études de santé (PACES) ou de première année de licence Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS) ou de première année de licence dans le domaine Sciences, Technologies, Santé (STS).	UE 1. Santé publique	UE 5. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 1	UE 15. Sémiologie, physiopathologie et pathologie du champ musculosquelettique 2	UE 14. Droit, législation et gestion d'une structure	**Enseignements fondamentaux**
	UE 2. Sciences humaines et sciences sociales		UE 16. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans le champ neuromusculaire		
	UE 3. Sciences biomédicales		UE 17. Sémiologie, physiopathologie et pathologie dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire		
	UE 4. Sciences de la vie et du mouvement (anatomie, physiologie, cinésiologie)		UE 18. Physiologies, sémiologie physiopathologies et pathologies spécifiques		
	UE 6. Théories, modèles, méthodes et outils en kinésithérapie		UE 19. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ musculosquelettique 2		**Sciences et ingénierie en kinésithérapie**
			UE 20. Evaluation, techniques et outils d'Intervention dans le champ neuromusculaire 2		
			UE 21. Evaluations, techniques et outils d'Interventions dans les champs respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire 2		
	UE 7. Evaluation, techniques et outils d'intervention dans les principaux champs d'activité		UE 22. Théories, modèles, méthodes et outils en réadaptation		
			UE 23. Interventions spécifiques en kinésithérapie		
			UE 24. Interventions du kinésithérapeute en santé publique		
	UE 8.Méthodes de travail et méthodes de recherche		UE 27. Méthodes de travail et méthodes de recherche en kinésithérapie		**Apprentissages et approfondissements**
	UE 9. Langue anglaise professionnelle		UE 26. Langue anglaise professionnelle		
	UE 10. Démarche et pratique clinique : élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive		UE 25. Démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite d'intervention		
			UE 28. Mémoire		
	UE 11. Formation à la pratique masso-kinésithérapique		UE 30. Formation à la pratique masso-kinésithérapique		
	UE 12. optionnelle 1	UE. 13 optionnelle 2	UE. 31 optionnelle 3	UE. 32 optionnelle 4	
60 ECTS	60 ECTS	120 ECTS	180 ECTS	**DEMK = 240 ECTS**	

L'organisation des stages

Généralités

Un stage temps plein par semestre sur la base de 35 heures par semaine.

La durée des stages est d'une semaine par ECTS, le temps de travail autour du stage étant inclus (temps de préparation et d'exploitation du stage organisés à l'IFMK).

Récupération d'un stage non validé ou possibilité d'un stage anticipé pendant la période des congés d'été dans des situations particulières.

Possibilité d'un stage temps plein sur deux structures.

Validation des stages et répartition des crédits alloués aux stages

1er cycle	18 ECTS	2e cycle	24 ECTS
Stage 1/K1	2 ou 3 ECTS	Stage 5/K3	6 ECTS
Stage 2/K1	3 ou 4 ECTS	Stage 6/K3	6 ECTS
Stage 3/K2	6 ECTS		
Stage 4/K2	6 ECTS	Stage 7/K4	12 ECTS

Spécificités des stages

Stages 1 et 2 : découverte du système de santé, de la profession et du parcours du patient, initiation à la pratique clinique.

Stages 3 et 4 : approche bio-psycho-sociale d'une personne soignée en lien avec les champs cliniques et méthodologiques, la formation à la pratique clinique ciblant l'ensemble des 11 compétences à un niveau 1 « d'acquis méthodologiques », en lien avec l'UE 10 « élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive ».

Stages 5 et 6 : acquisition des compétences cœur de métier (de C1 à C5) formalisées dans l'UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention ». Formation à la pratique clinique ou hors clinique.
En fin de 3e année (K3) : l'étudiant doit avoir parcouru les trois champs cliniques : « musculo-squelettique » ; « neuro-musculaire » ; « respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire ».

Stage 7-clinicat : stage professionnalisant, en secteur clinique, temps plein de douze semaines en 4e année (K4). Le stagiaire peut également réaliser des activités hors clinique, notamment dans un laboratoire de recherche lié au secteur clinique. Le stage peut être anticipé sur le semestre précédent (possibilité de démarrer en janvier, soit fin du semestre 7), les crédits de ce stage seront affectés au semestre 8.

Il doit permettre d'acquérir et valider l'ensemble des compétences :

– compétences cœur de métier (de C1 à C5) formalisées dans l'UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention » ;
– compétences réflexives sur l'exercice professionnel (de C6 à C11) formalisées dans l'UE 29 « analyse et amélioration de la pratique professionnelle ».

Les stages cliniques sont sous la responsabilité de tuteurs, masseurs-kinésithérapeutes, évalués par eux et validés par la commission d'attribution des crédits (CAC).

Les stages hors cliniques se situent dans le champ des compétences du masseur-kinésithérapeute et sont sous la responsabilité de personnes expertes ou qualifiées détentrices d'un diplôme en rapport avec les activités pratiquées par le stagiaire (ergonome, ingénieur développement, enseignant chercheur…). Ils sont évalués par la personne experte désignée et validés par la commission d'attribution des crédits (CAC).

Le suivi du portfolio est assuré par l'étudiant qui le met à jour au cours du stage et le présente au tuteur pour appréciations et commentaires en vue de l'évaluation du stage.

Le rôle des acteurs de la formation

Ces acteurs sont impliqués dans l'organisation du stage et communiquent entre eux les informations qu'ils jugent utiles au bon déroulement de celui-ci.

STAGE		ÉTUDIANT	IFMK		
Rôle du maître de stage de la structure d'accueil	Rôle du tuteur de stage	Rôle du stagiaire	Rôle des formateurs et/ou des responsables du suivi pédagogique de l'institut	Rôle du responsable des stages de l'institut de formation	Rôle du responsable de l'institut de formation
Est l'interlocuteur privilégié de l'ifmk; Contribue à l'élaboration du projet de formation de sa structure; Est responsable de la mise en place de la fonction tutorale dans sa structure; Pilote l'intégration des étudiants dans sa structure; Est garant du processus d'évaluation du stage; Avertit l'institut en cas d'absence ou de survenue d'évènements graves; Élabore un rapport circonstancié en cas d'incident; Est garant de la qualité et de la sécurité des soins.	Accueille, intègre et organise le stage de l'étudiant; Assure le suivi et la formation de l'étudiant en faisant émerger du sens au cours de situations de travail; Met en œuvre le processus d'évaluation et accompagne l'étudiant dans son processus d'auto-évaluation; Identifie les points forts et les points faibles et donne des objectifs de progression; Transmet les valeurs professionnelles; Est garant de la qualité et de la sécurité des soins.	est responsable de son portfolio et de sa mise à jour; Prépare son stage en formulant des objectifs précis; Présente les objectifs institutionnels et négocie avec le tuteur ses objectifs personnels; Respecte les règles de l'organisation de la structure; Agit sous la supervision du tuteur; Élabore ses actes et ses comportements dans le cadre d'une réflexion éthique; Construit ses savoirs professionnels par la formalisation de son expérience; Confronte son expérience aux savoirs existants ainsi qu'aux données de la littérature scientifique; Participe à l'analyse de sa progression.	Assure l'accompagnement de l'étudiant à l'institut; Organise la valorisation des savoirs expérientiels; Participe au contrôle du parcours de formation clinique et hors clinique; Participe à l'élaboration des parcours et des projets en lien avec l'expérience clinique et hors clinique; Accompagne la production des projets inhérents à l'expérience de stage.	Organise le recensement de l'offre de stage; Structure l'offre de stage; Assure la régulation du dispositif; Est l'interlocuteur privilégié des terrains de stage, notamment en termes de conseils et d'explicitations du projet de formation; Recueille et met à disposition des étudiants les livrets d'accueil fournis par les structures ainsi que leurs projets de formation; Informe les étudiants sur les ressources formatives des stages en termes de populations accueillies et d'activités cliniques ou hors cliniques; Participe à la recherche de nouveaux terrains de stage.	Est responsable de l'agrément des terrains de stage; Est responsable de la conception et de la mise en place du projet de formation professionnelle; S'assure des moyens et des outils de l'alternance; Construit le parcours de formation clinique et hors clinique des étudiants et s'assure de la traçabilité; Est responsable de l'application de la réglementation en cours, concernant les stages.

La profession de masseur-kinésithérapeute et les référentiels

1. La profession de masseur-kinésithérapeute

Son exercice est défini par le code de la santé publique aux articles L. 4321-1 à L. 4321-22 et R. 4321-1 à R. 4321-145.

La pratique de la masso-kinésithérapie comporte la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement :

– des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ;

– des déficiences ou altérations des capacités fonctionnelles.

Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche.

Le masseur-kinésithérapeute exerce en toute indépendance et pleine responsabilité conformément aux dispositions du code de déontologie mentionné à l'article L. 4321-21.

Dans le cadre des pathologies héréditaires, congénitales ou acquises, stabilisées ou évolutives impliquant une altération des capacités fonctionnelles, le masseur-kinésithérapeute met en œuvre des moyens manuels, instrumentaux et éducatifs, et participe à leur coordination.

Dans l'exercice de son art, seul le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les savoirs disciplinaires et les savoir-faire associés d'éducation et de rééducation en masso-kinésithérapie qu'il estime les plus adaptés à la situation et à la personne, dans le respect des dispositions du code de déontologie précité.

Le masseur-kinésithérapeute pratique des actes professionnels de masso-kinésithérapie dont les actes médicaux prescrits par un médecin.

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret. Il peut prescrire, sauf indication contraire du médecin, les dispositifs médicaux nécessaires à l'exercice de sa profession. La liste de ces dispositifs médicaux est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Académie nationale de médecine.

En cas d'urgence et en l'absence d'un médecin, le masseur-kinésithérapeute est habilité à accomplir les premiers actes de soins nécessaires en masso-kinésithérapie. Un compte rendu des actes accomplis dans ces conditions est remis au médecin dès son intervention.

2. Les compétences professionnelles

C1 : analyser et évaluer sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique.

C2 : concevoir et conduire un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie adapté au patient et à sa situation.

C3 : concevoir et conduire une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage.

C4 : concevoir, mettre en œuvre et évaluer une séance de masso-kinésithérapie.

C5 : établir et entretenir une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie.

C6 : concevoir et mettre en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie.

C7 : analyser, évaluer et faire évoluer sa pratique professionnelle.

C8 : rechercher, traiter et analyser des données professionnelles et scientifiques.

C9 : gérer ou organiser une structure individuelle ou collective en optimisant les ressources.

C10 : organiser les activités et coopérer avec les différents acteurs.

C11 : informer et former les professionnels et les personnes en formation.

L'évaluation de l'étudiant

Elle est formalisée par :

– l'étudiant au moyen de son portfolio ;
– le tuteur (de proximité) au moyen d'entretiens de régulation afin de faire émerger l'analyse réflexive des pratiques du stagiaire renforçant ainsi ses apprentissages.

L'analyse réflexive doit permettre à l'étudiant de se situer par rapport à un objectif fixé par avance et à des compétences mobilisées en situation.

Pour ses apprentissages, l'étudiant doit s'engager et répondre aux exigences des situations rencontrées. Il mobilise ses savoirs, connaissances et expériences en situation. Il évalue ses acquis et ses manques avec la critique constructive du tuteur. Il envisage avec lui des pistes d'amélioration qui doivent lui permettre de développer simultanément plusieurs compétences lors des prises en soins.

Fiches d'objectifs et d'évaluation par stage

Feuillet de stage 1/2/3/4 - 1er cycle

Page à remplir par l'étudiant avant l'arrivée en stage

Du ..... au .....20 ....

Lieu de stage : .....

Service ou spécificité : .....

Nom de l'étudiant : .....

Nom du tuteur et tampon du stage : .....

Objectifs généraux ou institutionnels stage 1 et 2 :

– découverte du système de santé, de la profession et du parcours du patient, initiation à la pratique clinique ou hors clinique ;
– découverte d'une structure de soin, hygiène et secret professionnel ;
– mise en application d'une ou plusieurs techniques de masso-kinésithérapie vues en cours et évaluation de celles-ci.

Objectifs généraux ou institutionnels stage 3 et 4 :

– approche bio-psycho-sociale d'une personne soignée en lien avec les champs cliniques et méthodologiques, la formation à la pratique clinique ciblant l'ensemble des 11 compétences à un niveau 1 « d'acquis méthodologiques », en lien avec l'UE 10 « élaboration du raisonnement professionnel et analyse réflexive ».

Objectifs spécifiques de l'étudiant :

.....

.....

.....

Objectifs définis en début de stage

.....

.....

.....

Fiches d'auto-évaluation et d'évaluation des compétences par stage

Pour les stages du 1er cycle

Auto-évaluation à compléter par l'étudiant en 1er cycle (K1, K2) 1/2					
NIVEAU VISÉ au 1er cycle pour le développement des compétences	AUTO-ÉVALUATION de la compétence par l'étudiant				CE QUE JE PEUX AMÉLIORER / COMMENTAIRES ou situations rencontrées
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	nsuffisant /objectif non atteint	Non évaluable	
J'observe une situation de soin et j'initie un questionnement professionnel au regard de données de la littérature (compétence 1)					
Je connais la démarche de projet et les outils simples pour son suivi (compétence 2)					
J'analyse une séance de kinésithérapie au regard des objectifs visés (compétence 3)					
J'analyse une relation professionnelle avec un patient vécue en stage clinique (compétence 4)					
Je connais les principes de la démarche de suivi, de prévention et de dépistage dans le domaine de la kinésithérapie en santé publique (compétence 5)					
Je repère les situations de prestations d'expertise et de conseil (compétence 6)					
J'observe et analyse la réalisation de prestations en kinésithérapie (compétence 7)					
Je recherche et utilise les différents types de données utiles à la compréhension d'une situation clinique (compétence 8)					

Évaluations et préconisations ou commentaires du tuteur de stage 1/2					
NIVEAU VISÉ au 1er cycle pour le développement des compétences	ÉVALUATION de la compétence par le tuteur				PRÉCONISATIONS OU COMMENTAIRES
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	
L'étudiant sait observer une situation de soin et initier un questionnement professionnel au regard de données de la littérature (compétence 1)					
L'étudiant connaît la démarche de projet et les outils simples pour son suivi (compétence 2)					
L'étudiant analyse une séance de kinésithérapie au regard des objectifs visés (compétence 3)					
L'étudiant analyse une relation professionnelle avec un patient vécue en stage clinique (compétence 4)					
L'étudiant connaît les principes de la démarche de suivi, de prévention et de dépistage dans le domaine de la kinésithérapie en santé publique (compétence 5)					
L'étudiant repère les situations de prestations d'expertise et de conseil (compétence 6)					
L'étudiant observe et analyse la réalisation de prestations en kinésithérapie (compétence 7)					
L'étudiant recherche et utilise les différents types de données utiles à la compréhension d'une situation clinique (compétence 8)					

Auto-évaluation à compléter par l'étudiant en 1er cycle (K1, K2) 2/2					
NIVEAU VISÉ AU 1ER CYCLE pour le développement des compétences	AUTO-ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE PAR L'ÉTUDIANT				
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant /objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	Ce que je peux améliorer / commentaires ou situations rencontrées
J'observe et questionne le fonctionnement d'un service et d'une structure (compétence 9)					
Je coopère dans des activités de formation et dans l'apprentissage (compétence 10)					
Je repère les méthodes pédagogiques pour faciliter les apprentissages (dont gestuels) (compétence 11)					

Évaluations et préconisations ou commentaires du tuteur de stage 2/2					
NIVEAU VISÉ AU 1ER CYCLE pour le développement des compétences	ÉVALUATION DE LA COMPÉTENCE PAR LE TUTEUR				
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	Préconisations ou commentaires
L'étudiant observe et questionne le fonctionnement d'un service et d'une structure (compétence 9)					
L'étudiant coopère dans des activités de formation et dans l'apprentissage (compétence 10)					
L'étudiant repère les méthodes pédagogiques pour faciliter les apprentissages (dont gestuels) (compétence 11)					

Grille d'évaluation du stage 1 Cycle 1 (modèle à reproduire pour tous les stages du 1er cycle) *Fiche à remettre à l'IFMK (photocopie à conserver dans le portfolio)*					
CRITÈRES D'ÉVALUATION	Acquis	Satisfaisant	Insuffisant	Non évaluable	COMMENTAIRE/ARGUMENTATION
Sécurité des personnes (patients, aidants, soignants)					
Respect du code de déontologie et de l'éthique de la profession					

Respect des règles du fonctionnement propre à l'établissement (ponctualité, hygiène, procédures...)					
Prise en soin adaptée en fonction du cycle de formation Cycle 1 : Mobilisation adaptée des connaissances fondamentales, des bilans et techniques en kinésithérapie. Connaissance de la démarche du raisonnement clinique					
Efficacité de la prise en soin Pour le 1er stage : Compréhension des prises en soin					
Niveau d'autonomie au regard des objectifs du stage					
Comportement et communication adaptée à la situation professionnelle					
Capacité à évoluer au cours du stage					

Proposition de validation :

☐ OUI

☐ NON (à justifier obligatoirement par un rapport circonstancié)

Commentaire du tuteur :

Date et lieu :

Nom du tuteur :

Nom de l'étudiant

Signature

Nom / qualité / Signature / cachet du service :

DÉFINITION DES INDICATEURS	
Efficacité	Produit les effets attendus, en utilisant les moyens adaptés
Sécurité	Ne nuit pas, préserve, s'adapte à une situation d'urgence, développe le potentiel de la personne
Rigueur	Est exacte, précis, logique, respecte les procédures
Pertinence	Se réfère aux cadres d'analyse existants (code de déontologie, connaissances, projet institutionnel, projet d'intervention kinésithérapique, législation)
Cohérence	Par rapport à la situation, absence de contradiction, parties liées entre elles, rapport logique entre les idées, les propos et les actions
Initiative	Propose, entreprend des actions dans les limites de ses compétences
Habileté	A des gestes et des techniques précis
Éthique et responsabilité	Respecte les limites et els ressources liées à sa fonction. Assure le suivi des actes réalisés et réalise une évaluation. Comportement cohérent avec l'éthique professionnelle

Maîtrise de soi	Gère ses émotions et adopte une attitude professionnelle
Adaptabilité	Prend la mesure des ressources (environnement et patient) et des contraintes S'inscrit dans un fonctionnement d'équipe
Respect	Respecte autrui dans la relation (patient, famille, équipe soignante et autres intervenants).
Hygiène	Prévient les risques d'infections nosocomiales dans sa pratique (le patient, le personnel et l'entourage).
Communication	Communique à l'oral et / ou à l'écrit de façon structurée, pertinente et adaptée (patient, équipe, aidant). Utilise les supports existants.
Attitude/ comportement	Fait preuve de curiosité intellectuelle, prend part activement à sa formation.

Feuillet de stage 5/6/7 – 2e Cycle

Page à remplir par l'étudiant avant l'arrivée en stage

Du ..... au .....20 ....

Lieu de stage : .....

Service ou spécificité : .....

Nom de l'étudiant : .....

Nom du tuteur et tampon du stage : .....

Objectifs généraux ou institutionnels stage 5 et 6 :

– Acquisition des compétences cœur de métier (de C1 à C5) analysées et évaluées dans l'UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention ». Formation à la pratique clinique ou hors clinique ;
– La 3e année (K3) doit permettre d'apprendre l'élaboration du diagnostic kinésithérapique, de concevoir et de réaliser des traitements appropriés dans les 3 champs cliniques : « musculo-squelettique » ; « neuro-musculaire » ; « respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire ».

Objectifs généraux ou institutionnels stage 7 :

– conception et évaluation de projets de soins masso-kinésithérapiques sous la supervision du tuteur ;
– possibilités de réaliser des activités hors clinique, notamment dans un laboratoire de recherche lié au secteur clinique
– acquisition de l'ensemble des compétences :
  – compétences cœur de métier (de C1 à C5) formalisées dans l'UE 25 « démarche et pratique clinique : conception du traitement et conduite de l'intervention » ;
  – compétences réflexives sur l'exercice professionnel (de C6 à C11) formalisées dans l'UE 29 « analyse et amélioration de la pratique professionnelle ».

Objectifs spécifiques de l'étudiant :

.....

.....

.....

Objectifs définis en début de stage :

.....

.....

.....

Pour les stages du 2e cycle

Auto-évaluation à compléter par l'étudiant en 2e cycle (K3, K4) 1/2					
NIVEAU VISÉ AU 2E CYCLE pour le développement des compétences	AUTO-ÉVALUATION de la compétence par l'étudiant				CE QUE JE PEUX AMÉLIORER/COMMENTAIRES ou situations rencontrées
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	
J'analyse sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique					
Je conçois et conduit un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation					
Je conçois et conduit une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage					
Je conçois, mets en œuvre et évalue une séance de masso-kinésithérapie					
J'établis et entretiens une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso-kinésithérapie					
Je conçois et mets en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie					
J'analyse, évalue et fais évoluer ma pratique professionnelle					
Je recherche, traite et analyse des données professionnelles, des données scientifiques en vue de concourir à la recherche dans le champ de la masso-kinésithérapie					

Évaluations et préconisations ou commentaires du tuteur de stage 1/2					
NIVEAU VISÉ AU 2E CYCLE pour le développement des compétences	ÉVALUATION de la compétence par le tuteur				PRÉCONISATIONS OU COMMENTAIRES
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	
L'étudiant analyse et évalue sur le plan kinésithérapique une personne, sa situation et élaborer un diagnostic kinésithérapique					
L'étudiant conçoit et conduit un projet thérapeutique en masso-kinésithérapie, adapté au patient et à sa situation					

L'étudiant conçoit et conduit une démarche de promotion de la santé, d'éducation thérapeutique, de prévention et de dépistage					
L'étudiant conçoit, met en œuvre et évalue une séance de masso-kinésithérapie					
L'étudiant établit et entretient une relation et une communication dans un contexte d'intervention en masso kinésithérapie					
L'étudiant conçoit et met en œuvre une prestation de conseil et d'expertise dans le champ de la masso-kinésithérapie					
L'étudiant analyse, évalue et fait évoluer sa pratique professionnelle					
L'étudiant recherche, traite et analyse des données professionnelles, des données scientifiques en vue de concourir à la recherche dans le champ de la masso-kinésithérapie					

Auto-évaluation à compléter par l'étudiant en 2e cycle (K3, K4) 2/2					
NIVEAU VISÉ AU 2E CYCLE pour le développement des compétences	AUTO-ÉVALUATION de la compétence par l'étudiant				CE QUE JE PEUX AMÉLIORER/COMMENTAIRES ou situations rencontrées
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	
Je crée, gère ou organise un cabinet, en optimisant les ressources					
J'organise les activités et je coopère avec les différents acteurs					
Je forme et j'informe des professionnels et des personnes …lorsque cela peut concourir à l'amélioration du traitement, à la santé de la personne ou à la formation professionnelle					

Évaluations et préconisations ou commentaires du tuteur de stage 2/2					
NIVEAU VISÉ AU 2E CYCLE pour le développement des compétences	ÉVALUATION de la compétence par le tuteur				PRÉCONISATIONS OU COMMENTAIRES
	Acquis/objectif atteint	Satisfaisant/objectif partiellement atteint	Insuffisant/objectif non atteint	Non évaluable	
L'étudiant crée, gère ou organise un cabinet, en optimisant les ressources					
L'étudiant organise les activités et coopère avec les différents acteurs					

L'étudiant forme et j'informe des professionnels et des personnes …lorsque cela peut concourir à l'amélioration du traitement, à la santé de la personne ou à la formation professionnelle					

GRILLE D'ÉVALUATION DU STAGE 5 CYCLE 2 (modèle à reproduire pour tous les stages du 2e cycle)	FICHE À REMETTRE À L'IFMK (photocopie à conserver dans le portfolio)				
Critères d'évaluation	Acquis	Satisfaisant	Insuffisant	Non évaluable	Commentaire/argumentation
Sécurité des personnes (patients, aidants, soignants)					
Respect du code de déontologie et de l'éthique de la profession					
Respect des règles du fonctionnement propre à l'établissement (ponctualité, hygiène, procédures…)					
Prise en soin adaptée en fonction du cycle de formation Cycle 2: Conception et mise en œuvre du projet de soin; Construction et justification de sa pratique en regard des recommandations et références scientifiques.					
Efficacité de la prise en soin					
Niveau d'autonomie au regard des objectifs du stage					
Comportement et communication adaptée à la situation professionnelle					
Capacité à évoluer au cours du stage					

Proposition de validation:

☐ OUI

☐ NON (à justifier obligatoirement par un rapport circonstancié)

Commentaire du tuteur:

Date et lieu:

Nom du tuteur:

Nom de l'étudiant

Signature

Nom / qualité / Signature / cachet du service:

DÉFINITION DES INDICATEURS	
Efficacité	Produit les effets attendus, en utilisant les moyens adaptés
Sécurité	Ne nuit pas, préserve, s'adapte à une situation d'urgence, développe le potentiel de la personne
Rigueur	Est exacte, précis, logique, respecte les procédures
Pertinence	Se réfère aux cadres d'analyse existants (code de déontologie, connaissances, projet institutionnel, projet d'intervention kinésithérapique, législation)
Cohérence	Par rapport à la situation, absence de contradiction, parties liées entre elles, rapport logique entre les idées, les propos et les actions
Initiative	Propose, entreprend des actions dans les limites de ses compétences
Habileté	A des gestes et des techniques précis
Éthique et responsabilité	Respecte les limites et els ressources liées à sa fonction Assure le suivi des actes réalisés et réalise une évaluation Comportement cohérent avec l'éthique professionnelle
Maîtrise de soi	Gère ses émotions et adopte une attitude professionnelle
Adaptabilité	Prend la mesure des ressources (environnement et patient) et des contraintes S'inscrit dans un fonctionnement d'équipe
Respect	Respecte autrui dans la relation (patient, famille, équipe soignante et autres intervenants)
Hygiène	Prévient les risques d'infections nosocomiales dans sa pratique (le patient, le personnel et l'entourage)
Communication	Communique à l'oral et / ou à l'écrit de façon structurée, pertinente et adaptée (patient, équipe, aidant) Utilise les supports existants
Attitude/comportement	Fait preuve de curiosité intellectuelle, prend part activement à sa formation

RÉCAPITULATIF DU PARCOURS DE STAGE

STAGE	LIEU DU STAGE	CHAMPS DISCIPLINAIRES RENCONTRÉS
		En fin de 3e année (K3) : l'étudiant doit avoir parcouru les trois champs cliniques : musculo-squelettique ; neuromusculaire ; respiratoire, cardio-vasculaire, interne et tégumentaire.

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des relations
avec les professionnels de santé

Instruction DSS/1B n° 2015-263 du 17 juillet 2015 modifiant l'instruction DSS/1B n° 2015-177 du 22 mai 2015 relative au renouvellement des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé

NOR : *AFSS1519070J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-124.

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 : élections aux unions régionales des professionnels de santé.

Mots clés : unions régionales – élections – agences régionales de santé.

Références :

Code de la santé publique ;

Code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;

Décret n° 2015-560 du 20 mai 2015 modifiant les dispositions relatives au renouvellement des unions régionales des professionnels de santé ;

Arrêté du 2 juin 2010 fixant la liste des professions qui élisent ainsi que la liste des professions qui désignent leurs représentants au sein des unions régionales des professionnels de santé ;

Arrêté du 2 juin 2010 fixant la répartition des sièges entre les collèges de l'assemblée des unions régionales des professionnels de santé regroupant les médecins ;

Arrêté du 2 juin 2010 fixant le volume d'activité déterminant la répartition des électeurs par collège pour les élections des unions régionales des professionnels de santé regroupant les médecins ;

Arrêté du 20 mai 2015 fixant la date des élections des unions régionales des professionnels de santé ;

Arrêté du 20 mai 2015 portant désignation des agences régionales de santé chargées de l'organisation des opérations électorales pour le renouvellement des assemblées des unions régionales des professionnels de santé.

Circulaire abrogée : circulaire DGOS/DSS/1B n° 2010-183 du 3 juin 2010 relative aux élections aux unions régionales des professionnels de santé.

Circulaire modifiée : circulaire DSS/1B n° 2015-177 du 22 mai 2015 relative au renouvellement des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé.

Annexes :

Annexe 1. – Calendriers rectificatifs des élections aux URPS.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; à Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; à Mesdames et Messieurs les préfets de région (pour mise en œuvre).

La présente instruction apporte quelques rectifications sur certaines dates figurant dans l'instruction n° 2015 du 22 mai susvisée et relatives à la procédure électorale à mettre en œuvre pour le renouvellement prochain des membres des assemblées des unions régionales de professionnels de santé regroupant les médecins et celles regroupant respectivement, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

Je vous prie de bien vouloir apporter toute votre vigilance au respect de ce calendrier ajusté de manière à garantir une plus grande sécurisation contre le risque contentieux.

Dans les parties II à IV de la circulaire DSS/1B n° 2015-177 du 22 mai 2015, les dates sont ainsi ajustées :

– les listes permettant l'établissement des listes électorales doivent être communiquées par les caisses primaires d'assurance maladie aux commissions d'organisation électorale au plus tard le 7 août pour les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ;
– après l'établissement des listes, au plus tard le 24 juin pour les listes des médecins, le 19 août pour les autres listes, la COE les publie sans délai ;
– les réclamations peuvent être formulées par les électeurs pendant six jours suivant la date de l'avis de dépôt, soit respectivement au plus tard jusqu'au 30 juin et jusqu'au 25 août inclus. Les COE statuent dans un délai de six jours, soit au plus tard jusqu'au 6 juillet et jusqu'au 31 août.

  Les décisions des COE peuvent être frappées de recours pendant les trois jours suivant la réception de leur notification. Le tribunal statue en dernier ressort dans les dix jours de sa saisine ;
– les listes des candidats, déposées respectivement au plus tard le 3 août et le 28 septembre, doivent être publiées respectivement au plus tard le 21 août et le 16 octobre.

  Les décisions des COE de refus d'enregistrement peuvent être frappées de recours pendant les trois jours suivant leur notification. Le tribunal statue dans les dix jours de sa saisine.

L'annexe 1 intitulée : « calendrier des élections URPS » est remplacée par les tableaux annexés à la présente instruction modificative.

Pour la ministre et par délégation :

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

ANNEXE 1

CALENDRIER DES ÉLECTIONS AUX URPS

Élections URPS médecins

OPÉRATION	DATE	JOUR	DÉCOMPTE	PRÉCISION
Communication listes des électeurs par la CPAM	7 juin	dimanche	– 127	
	8 juin	lundi	– 126	
	9 juin	mardi	– 125	
	10 juin	mercredi	– 124	
	11 juin	jeudi	– 123	
	12 juin	vendredi	– 122	
	13 juin	samedi	– 121	
	14 juin	dimanche	– 120	Date butoir théorique
	15 juin	lundi	– 119	Jour J reporté
Établissement des listes par la COE	16 juin	mardi	– 118	
	17 juin	mercredi	– 117	
	18 juin	jeudi	– 116	
	19 juin	vendredi	– 115	
	20 juin	samedi	– 114	
	21 juin	dimanche	– 113	
	22 juin	lundi	– 112	
	23 juin	mardi	– 111	
Publication et avis de dépôt	24 juin	mercredi	– 110	Date butoir
Fin des réclamations sur les listes d'électeurs	30 juin	mardi	– 104	6 jours pour contester
La COE finit de statuer sur les réclamations et notifie	6 juillet	lundi	– 98	Au plus tard 6 jours pour statuer
Dépôt des listes de candidats	24 juillet	vendredi	– 80	
	25 juillet	samedi	– 79	
	26 juillet	dimanche	– 78	
	27 juillet	lundi	– 77	Date limite décision TI (recours par voie postale)
	28 juillet	mardi	– 76	
	29 juillet	mercredi	– 75	
	30 juillet	jeudi	– 74	
	31 juillet	vendredi	– 73	
	1er août	samedi	– 72	
	2 août	dimanche	– 71	
Date limite d'enregistrement des listes, notification des refus transmise en main propre aux mandataires	3 août	lundi	– 70	Date butoir
Date limite contestation refus d'enregistrement d'une liste par la COE	11 août	jeudi	– 62	3 jours pour contester
Publication des listes de candidats	21 août	vendredi	– 52	
Date limite de contestation devant le TI de la régularité des listes	24 août	lundi	– 49	3 jours pour contester
Remise des circulaires et bulletins de vote à la COE	18 septembre	vendredi	– 24	Au moins 24 jours avant
Ouverture de la campagne électorale	28 septembre	lundi	– 14	J – 14
Envoi du matériel électoral de la COE aux électeurs	5 octobre	lundi	– 7	Au moins 7 jours avant
Fin de la campagne électorale	9 octobre	vendredi	– 3	Vendredi minuit
Date limite du vote par correspondance	12 octobre	lundi	0	
Dépouillement et proclamation des résultats	16 octobre	vendredi	4	
Date limite de contestation des élections	21 octobre	mercredi	9	5 jours après la proclamation

Élections URPS autres professions

OPÉRATION	DATE	JOUR	DÉCOMPTE	PRÉCISION
Communication listes des électeurs par la CPAM	2 août	dimanche	– 127	
	3 août	lundi	– 126	
	4 août	mardi	– 125	
	5 août	mercredi	– 124	
	6 août	jeudi	– 123	
	7 août	vendredi	– 122	Date butoir
Établissement des listes par la COE	8 août	samedi	– 121	
	9 août	dimanche	– 120	
	10 août	lundi	– 119	
	11 août	mardi	– 118	
	12 août	mercredi	– 117	
	13 août	jeudi	– 116	
	14 août	vendredi	– 115	
	15 août	samedi	– 114	
	16 août	dimanche	– 113	
	17 août	lundi	– 112	
	18 août	mardi	– 111	
Publication et avis de dépôt	19 août	mercredi	– 110	Date butoir
Fin des réclamations sur les listes d'électeurs	25 août	mardi	– 104	6 jours pour contester
Dépôt des listes de candidats	18 septembre	vendredi	– 80	
	19 septembre	samedi	– 79	
	20 septembre	dimanche	– 78	
	21 septembre	lundi	– 77	
	22 septembre	mardi	– 76	
	23 septembre	mercredi	– 75	
	24 septembre	jeudi	– 74	
	25 septembre	vendredi	– 73	
	26 septembre	samedi	– 72	
	27 septembre	dimanche	– 71	
Date limite d'enregistrement des listes, notification des refus transmise en main propre aux mandataires	28 septembre	lundi	– 70	Date butoir
Date limite contestation refus d'enregistrement d'une liste par la COE	6 octobre	jeudi	– 62	
Publication des listes de candidats	16 octobre	vendredi	– 52	
Date limite de contestation devant le TI de la régularité des listes	19 octobre	lundi	– 49	3 jours pour contester
Remise des circulaires et bulletins de vote à la COE	13 novembre	vendredi	– 24	Au moins 24 jours avant
Ouverture de la campagne électorale	23 novembre	lundi	– 14	J – 14
Envoi du matériel électoral de la COE aux électeurs	30 novembre	lundi	– 7	Au moins 7 jours avant
Fin de la campagne électorale	4 décembre	vendredi	– 3	Vendredi minuit
Date limite du vote par correspondance	7 décembre	lundi	0	
Dépouillement et proclamation des résultats	11 décembre	vendredi	4	
Date limite de contestation des élections	16 décembre	mercredi	9	5 jours après la proclamation - Jour J reporté

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau démographie
et formations initiales (RH1)

Bureau ressources humaines hospitalières (RH4)

Direction de l'immigration

Bureau de l'immigration professionnelle

Instruction interministérielle DGOS/RH1/RH4/DDI/BIP n° 2015-253 du 28 juillet 2015 relative à la modification de la durée des stages en qualité d'observateurs

NOR : *AFSH1518608J*

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-119.

Visée par le SG-MCAS le 27 juillet 2015.

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 : conditions d'accueil et de recrutement des étudiants et professionnels étrangers médicaux et paramédicaux.

Mots clés : étudiants – médecins – pharmaciens – dentistes – infirmiers – étrangers – recrutement – conditions d'entrée et de séjour en France – stage – formation universitaire – formation pratique.

Références :

Accord de coopération du 11 février 2009 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume du Bahreïn relatif à la formation en France de médecins spécialistes bahreïniens ;

Accord du 5 janvier 2010 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Sultanat d'Oman relatif à la formation en France de médecins spécialistes omanais ;

Accord du 27 avril 2010 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de l'État du Qatar relatif à la formation en France de médecins spécialistes qataris ;

Protocole additionnel à l'accord de coopération dans le domaine de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique du 13 janvier 2008 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement du Royaume d'Arabie saoudite relatif à la formation en France de médecins spécialistes saoudiens du 9 octobre 2011 ;

Accord du 20 octobre 2011 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de l'État des Émirats arabes unis relatif à la formation en France de médecins spécialistes émiriens ;

Accord du 31 mai 2012 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de l'État du Koweït relatif à la formation en France de médecins spécialistes koweïtiens ;

Articles L. 632-12 (3°) et L. 633-4 (3°) du code de l'éducation ;

Articles L. 313-7, L. 313-7-1 et R. 313-10-1 et suivants du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

Articles L. 6134-1, L. 6141-1, R. 6134-2 (1°), R. 6153-41 et suivants du code de la santé publique;

Articles L. 5221-2 et suivants, articles R. 5221-1 et suivants du code du travail;

Arrêté du 29 avril 1988, modifié par arrêté du 3 juin 1998, fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine;

Arrêté du 3 août 2010 modifié relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondie;

Arrêté du 16 mai 2011 relatif aux stagiaires associés mentionnés au 1° de l'article R. 6134-2 du code de la santé publique;

Arrêté du 27 avril 2012 relatif aux infirmiers à diplôme étranger accueillis dans le cadre de la formation complémentaire prévue à l'article R. 6134-2 du code de la santé publique;

Circulaire d'application du 29 mai 2009 NOR: IMIM0900067C relative à la mise en œuvre de la procédure de délivrance du visa de long séjour valant titre de séjour;

Circulaire n° 2010-0024 du 12 novembre 2010 prise en application de l'arrêté du 3 août 2010 relatif au diplôme de formation médicale spécialisée et au diplôme de formation médicale spécialisée approfondie;

Circulaire NOR: IOCL1130031C du 21 novembre 2011 relative aux modalités d'application du décret n° 2011-1049 du 6 septembre 2011 pris pour l'application de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, l'intégration et la nationalité et relatif aux titres de séjour;

Circulaire interministérielle DIMM/BIP/DGOS/RH4 n° 2012-111 du 7 mars 2012 relative aux conditions d'accueil et de recrutement des stagiaires associés;

Circulaire NOR: INTV1311421C du 30 avril 2013 relative au traitement des dossiers de demande d'autorisation de travail en vue du recrutement de médecins étrangers par les établissements publics de santé;

Instruction DGOS/RH1/DGESIPA-MFS n° 2011-352 du 8 septembre 2011 relative au rappel des obligations des établissements publics de santé accueillant des étudiants étrangers en cours de second cycle des études médicales dans leur pays d'origine;

Instruction interministérielle DGOS/RH1/DGESIPA-MFS n° 2012-427 du 20 décembre 2012 relative au rappel des obligations des établissements publics de santé accueillant des étudiants étrangers en cours de deuxième cycle des études médicales et odontologiques selon leur pays d'origine.

Circulaire modifiée: circulaire DGOS/RH1/RH4/DDI/BIP n° 330 du 31 août 2012 relative aux dispositifs d'accueil en formation en France d'étudiants et professionnels étrangers médicaux et paramédicaux.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de l'intérieur à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements publics de santé (pour exécution); Mesdames et Messieurs les préfets de région (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation du travail et de l'emploi [unités territoriales]); Monsieur le préfet de police; Mesdames et Messieurs les préfets de département (unités territoriales des DIRECCTE; directions départementales interministérielles).

La présente instruction a pour objectif de modifier une disposition de la circulaire du 31 août 2012 susvisée relative aux dispositifs d'accueil en formation en France d'étudiants et professionnels étrangers médicaux et paramédicaux.

Cette modification porte sur la durée du stage des professionnels de nationalité étrangère accueillis dans les établissements publics de santé en qualité d'observateurs. La durée du stage doit être courte mais la durée maximum acceptable est portée de un mois à trois mois.

Au sein de la quatrième partie, dont l'intitulé devient « Professionnels accueillis comme observateurs stagiaires », le dernier paragraphe est ainsi réécrit:

« La durée du stage en qualité d'observateur doit être courte. Une durée de trois mois paraît être la durée maximum acceptable. »

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le directeur de l'immigration,
B. Brocart

La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Instruction DGOS/PF2 nº 20155-259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015

NOR : *AFSH1518943J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 31 juillet 2015. – Visa CNP 2015-133.

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 : un partenariat entre le collectif interassociatif sur la santé (CISS) et la DGOS est mis en place pour l'édition 2015 de la semaine de la sécurité des patients, du 23 au 27 novembre 2015. Le thème « la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins » est retenu pour cette année.

Les usagers et leurs représentants, les professionnels de santé de la ville, des établissements sanitaires et médico-sociaux sont invités à déployer des actions de communication dans le cadre de ce thème général. Les sous-thèmes suivants, sans être exclusifs, pourront être privilégiés : lettre de liaison, conciliation médicamenteuse, identitovigilance, etc.

Mots clés : professionnels de santé de la ville, des établissements de santé et médico-sociaux – usagers et représentants des usagers – sécurité des patients – coordination de la prise en charge des patients en ville, en établissements de santé et médico-sociaux.

Texte de référence : programme national pour la sécurité des patients (2013-2017).

Annexes :

Annexe 1. – Cahier des charges du concours d'affiches.

Annexe 2. – Formulaire d'inscription au concours affiches.

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

Dans le cadre du Programme national pour la sécurité des patients (PNSP), la direction générale de l'offre de soins (DGOS) organise du 23 au 27 novembre 2015 la cinquième édition de la Semaine de la sécurité des patients (SSP). Elle a pour objectif de promouvoir le dialogue entre les professionnels de santé et les patients sur des thématiques liées à la sécurité des soins.

La présente instruction vise à informer et mobiliser les usagers et les acteurs de santé pour la réalisation d'actions de communication communes ou propres, le cas échéant.

Pour définir le thème et les outils de la campagne 2015, la DGOS a constitué un groupe de travail associant les partenaires associatifs, les représentants des professionnels de santé, et les interlocuteurs institutionnels.

1. Le thème général de l'édition 2015

L'édition 2015 cible plus particulièrement la coordination des soins et notamment la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins.

Des sous-thèmes correspondant à des enjeux importants de sécurité aux points de transition sont proposés (sans être exclusifs) :

– lettre de liaison ;
– conciliation médicamenteuse ;
– identitovigilance.

2. Les outils mis à disposition sur le site du ministère

Afin de faciliter l'organisation d'évènements, la DGOS met à la disposition des usagers et des professionnels de santé des supports d'information :

– la boite à outils (affiches, charte, flyers, marques-pages, sets de table, vidéos, actions remarquées de la SSP 2014, etc.) ;
– le dossier internet dédié à la semaine de la sécurité des patients sur le site du ministère chargé de la santé réactualisé pour l'édition 2015 : www.sante.gouv.fr/ssp ;
– la foire aux questions.

3. Les évènements phares de l'édition 2015

Cette année, la DGOS a choisi de traduire son engagement auprès des usagers et de leurs représentants au travers d'un partenariat avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS). Des manifestations telles que par exemple les « cafés SSP », lancés en 2014, des séminaires ou des temps de rencontre, pourront permettre aux usagers, aux professionnels et à l'ensemble des acteurs de santé de s'informer et de dialoguer sur des sujets relatifs à la sécurité des soins.

Un concours est conjointement organisé par le CISS et la DGOS pour la réalisation d'affiches sur le thème de la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins. Le règlement du concours figure en annexe 1 ainsi que la fiche d'inscription (annexe 2).

4. Autres actions envisageables pour l'édition 2015

La DGOS invite l'ensemble des régions à organiser, à partir du thème général retenu, toutes actions de sensibilisation et de communication en proximité directe des patients et des professionnels de santé concernés qui leur paraitraient pertinentes (expositions, quiz, animations d'ateliers et de stands, chambres des erreurs, etc.).

Afin de faire connaître vos évènements, un formulaire est mis à votre disposition. Les actions dont vous signalerez la tenue seront valorisées par une mise en ligne sur le site du ministère chargé de la santé *via* une carte de France interactive dont l'adresse est : www.sante.gouv.fr/ssp.

La DGOS compte cette année encore sur l'engagement des ARS pour favoriser une dynamique de communication locale et régionale, non seulement avec les URPS et professionnels de santé mais également avec le CISS, dans le cadre du partenariat défini pour 2015. Les ARS sont ainsi invitées à transmettre les informations sur la campagne 2015 aux conférences régionales santé et autonomie, à toutes les URPS et associations de représentants de professionnels de santé de patients et d'usagers de leur région, aux établissements de santé et médico-sociaux, etc.

Pour la ministre et par délégation :

Le chef de service (par intérim),
adjoint au directeur général de l'offre de soins,
Y. Le Guen

La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

ANNEXES

Annexe 1

Edition 2015 de la Semaine de la Sécurité des Patients

Cahier des charges du concours d'affiches

Date limite de candidature : 15 octobre 2015

2

Dans le cadre de la prochaine édition de la Semaine de la Sécurité des Patients, qui se déroulera du 23 au 27 novembre 2015, un concours est ouvert à tous les acteurs de santé : réaliser une affiche sur le thème de la sécurité des patients.

Ce concours est organisé conjointement par la direction générale de l'offre de soins (DGOS, ministère chargé de la santé) et le collectif interassociatif sur la santé (CISS).

Qu'est ce que la Semaine Sécurité des Patients ?

La Semaine de la Sécurité des Patients est une campagne de communication du ministère chargé de la santé, organisée avec le concours de tous les acteurs de santé volontaires. Objectif : promouvoir l'implication de l'ensemble des usagers et des professionnels de santé dans la sécurité des soins.

L'opération cible tout particulièrement le thème de la **communication entre patients et soignants**, dont on mesure le caractère décisif en matière de sécurité des soins.

La Semaine de la Sécurité des Patients s'intègre dans le programme national pour la sécurité des patients (PNSP). Cet événement constitue, depuis 2011, un temps dédié aux échanges, à l'information et aux initiatives pour que chacun, usager et professionnel, mesure mieux les enjeux de la sécurité des soins et l'importance de son rôle propre dans ce domaine.

L'édition 2015 est placée sous le partenariat officiel du CISS et du ministère chargé de la santé.

Quel est le thème retenu cette année ?

L'édition 2015 cible plus particulièrement **la coordination des soins et notamment la sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins**.

Des sous-thèmes correspondant à des enjeux importants de sécurité aux points de transition sont proposés (sans être exclusifs) :

- lettre de liaison
- conciliation médicamenteuse
- identitovigilance.

Le concours 2015

Le concours a pour objet de réaliser une affiche porteuse d'**un message unique - « un mot, une image »** - relatif à la sécurité aux points de transition du parcours de soins des patients.

Le calendrier

La soumission des projets devra se conformer à l'ensemble des critères définis infra et les demandes, être adressées par courriel au bureau « qualité et sécurité des soins » (PF2) du ministère **avant le 15 octobre 2015 minuit**, à l'adresse suivante :

dgos-pf2@sante.gouv.fr

Le jury se réunira à partir à partir de la 3ème semaine d'octobre 2015.
Une remise de prix sera organisée au ministère des affaires sociales, de la santé et des affaires sociales le 26 novembre 2015 lors de laquelle les lauréats du concours seront récompensés.
Les affiches lauréates du concours SSP 2015 seront exposées durant la Semaine de la Sécurité des Patients du 23 au 27 novembre 2015.

Les conditions de candidature

Peuvent candidater :

- les associations et les fondations exerçant leurs activités dans le domaine sanitaire et/ou médico-social comme les associations d'usagers et les organisations professionnelles
- les professionnels de santé exerçant une activité libérale ou salariée en ville
- les professionnels de santé hospitaliers ou travaillant en établissement médico-social (EHPAD et MAS)
- les représentants de réseaux de professionnels de santé.

L'objet de l'affiche

L'objet de ces affiches est de promouvoir la sécurité et la qualité des soins lors des situations potentiellement à risques que sont les points de transition des parcours (transfert de service à service), ou inter-secteurs (sanitaire / ville / médico-social) :

- en sensibilisant les professionnels de santé et les usagers à l'identification des risques spécifiques aux points de transition
- en rappelant aux professionnels de santé les bonnes pratiques de sécurité à respecter lors des points de transition ainsi que les outils disponibles (lettre de liaison, conciliation médicamenteuse, identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge…)
- en s'adressant au patient et à son entourage ou au professionnel de santé, dans l'idée d'engager un dialogue
- en recourant à une rédaction, une narration et un visuel simples et pédagogiques afin de faciliter la compréhension par un public large.

Les critères d'éligibilité au concours

Le jury sélectionnera les affiches sur la base des critères suivants :

- conformité de l'affiche au thème de l'opération 2015 « **sécurité des patients aux points de transition de leurs parcours de soins** » porteuse d'un message unique, clair et efficace (« un mot, une image »)
- originalité de l'affiche, sans reprise ou simple copie de documents ayant déjà illustré le sujet
- qualité graphique de l'affiche, esthétique générale du document présenté
- qualité pédagogique du message et efficacité au regard du thème choisi
- lisibilité, simplicité et clarté du message au regard du thème choisi.

Toute affiche ne correspondant pas à l'objet du concours ou comportant un contenu inadéquat ne sera pas éligible.

Le règlement du concours

Les modalités techniques du projet soumis

- chaque porteur de projet ne peut proposer qu'une seule affiche au format A3 (42 x 29,7 cm), prioritairement en version vectorisée (fichier .eps ou .ai) ou, à défaut, au format PDF haute définition pour impression éventuelle.
- les éléments figurant sur l'affiche doivent être une création originale du concepteur. À défaut, une preuve d'autorisation d'utilisation de la part du détenteur des droits de propriété intellectuelle doit être soumise.
- le « formulaire d'inscription » (joint) identifie le porteur du projet (organisation, service, structure, filière professionnelle, usagers, etc.) et recense l'ensemble des personnes qui ont contribué à la création de l'affiche. Ce document précise en outre l'objectif de l'affiche, la cible visée, le message clé.
- une déclaration sur l'honneur atteste que l'auteur détient tous les droits nécessaires (droits d'auteur, droits à l'image, droits de propriété intellectuelle) pour cette affiche ou, éventuellement, pour son utilisation et qu'il accepte les termes concernant l'utilisation et la diffusion de l'affiche comme indiqué dans cette rubrique.
- une 2nde version de l'affiche, sans référence à l'auteur ou porteuse d'une référence discrète, est jointe pour faciliter l'utilisation de l'affiche en différents lieux.
- ne constituant pas un support commercial, l'affiche ne doit contenir ni référence ni allusion à un fabricant de produit, de dispositif ou d'appareil, médical ou non médical.

Comment candidater ?

La participation à cet appel à projets se fait par courriel via la boîte fonctionnelle dgos-pf2@sante.gouv.fr avec, pour objet, « AFFICHE SSP 2015 ».

Chaque dossier doit comporter :

- le formulaire d'inscription entièrement renseigné : tout formulaire incomplet ne sera pas retenu

- l'affiche au format vectorisé et/ou au format PDF haute défintion pour impression éventuelle et sa deuxième version (cf supra.).
- le cas échant la déclaration sur l'honneur.

Les dossiers doivent parvenir par mail au bureau « qualité et sécurité des soins » (DGOS) **avant le 15 octobre 2015 minuit**.

La sélection des lauréats 2015 et évènements
Un accusé de réception sera envoyé à tous les candidats ayant adressé leur projet à dgos-pf2@sante.gouv.fr

1) Un jury « Semaine de la Sécurité des Patients 2015 » composé de membres du CISS et du ministère s'assurera du respect de l'ensemble des critères de sélection définis supra et procèdera, sur la base de ces critères, à une première selection de projets qu'il labellisera « SSP 2015 ».
Les projets labellisés seront intégrés à la « boîte à outils » de la page SSP du site internet du ministère de la santé et pourront être téléchargés dès le mois de novembre 2015.
Le jury procédera ensuite au choix des lauréats du concours « affiches SSP 2015 » sur les critères suivants (avec des coefficients différents) :

- clarté du message
- capacité de l'affiche à être modélisable et/ou transposable à l'ensemble du périmètre de l'offre sanitaire, ville et médico- sociale
- originalité de l'affiche / caractère innovant
- appréciation générale du caractère informationnel ou pédagogique de l'affiche
- participation des usagers à son élaboration.

2) Une manifestation sera organisée au ministère chargé de la santé le 26 novembre 2015, en lien avec le CISS, pour l'annonce des résultats du concours.

3) Une exposition temporaire « SSP 2015 » sera organisée au ministère chargé de la santé pendant la semaine de la sécurité des patients, du 23 au 27 novembre 2015, pour présenter tous les lauréats du concours.

Les projets répondant aux critères d'éligibilité mais non retenus dans la sélection finale feront l'objet d'une réponse personnalisée du jury, avant mise en ligne sur le site du ministère.

6

semaine de la sécurité des patients

Annexe 2

Formulaire d'inscription au concours d'affiches 2015

Ce formulaire fait foi d'attestation de dépôt d'une affiche et d'engagement des porteurs de projet (dans la limite d'un projet par formulaire d'inscription)

Identité du porteur du projet

Prénom et nom

Fonctions

Structure représentée (nom du service et de l'établissement) ou **professionnel de santé libéral** (type d'activité) ou **association** ou **identité** (pour particulier)

Courriel de contact

Adresse postale (nom du bâtiment, de la voie, code postal, nom de la commune)

Autres informations sur le porteur de projet et les personnes ayant contribué à la création de l'affiche

Description du projet présenté

Titre du projet

Public(s) ciblé(s)

Objectif(s)

Format de l'affiche (A3 : 42 x 29,7 cm), prioritairement en version vectorisée (fichier .eps ou .ai) ou, à défaut, au format PDF haute définition

Déclaration sur l'honneur à joindre sur papier libre attestant que l'auteur détient tous les droits nécessaires

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 27 juillet 2015 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 2015

NOR : *AFSH1530519A*

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;

Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

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 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois d'avril 2015, le 2 juin 2015, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois d'avril 2015, la somme à verser par la caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 28 162 225,72 €, dont – 5 185,77 € au titre de l'année 2014, soit :

1. 25 889 493,78 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
   - 22 173 328,53 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments,
   - 1 612,75 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG),
   - 273 508,88 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU),
   - 52 100,67 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE),
   - 3 388 942,95 € au titre des actes et consultations externes (ACE), dont 1 171,18 € au titre de l'année 2014.
2. 1 628 469,79 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

3. 644 262,15 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dont – 6 356,95 € au titre de l'année 2014.

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 26 775,71 € 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.

Article 4

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

Article 5

Le directeur général 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 27 juillet 2015.

Pour la ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes
et par délégation :
Le chef de service (par intérim)
adjoint au directeur général de l'offre de soins,
Y. Le Guen

Pour le ministre des finances
et des comptes publics et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 27 juillet 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de mai 2015

NOR : *AFSH1530520A*

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment l'article 33 ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;

Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

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 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois de mai 2015, les 27 et 29 juin 2015, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de mai 2015, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 25 881 263,68 €, dont 606,75 € au titre de l'année 2014, soit :

1. 23 759 119,15 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :

   19 809 086,84 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments ;
   7 818,70 € au titre des forfaits « prélèvements d'organes » (PO) ;
   675,14 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
   324 406,18 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
   47 283,43 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
   3 569 848,86 € au titre des actes et consultations externes (ACE), dont 606,75 € au titre de l'année 2014.

2. 1 588 887,77 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

3. 533 256,76 € 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 36 583,88 € 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.

Article 4

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

Article 5

Le directeur général 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 27 juillet 2015.

Pour la ministre des affaires sociales,
de la santé
et des droits des femmes et par délégation :
Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Pour le ministre des finances
et des comptes publics et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 28 juillet 2015 portant renouvellement de fonction dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé

NOR : *AFSN1530526A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6141-7-2 et R. 6152-51 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2006-720 du 21 juin 2006 modifié relatif au statut d'emploi de conseiller général des établissements de santé ;

Vu le décret n° 2006-721 du 21 juin 2006 relatif au classement indiciaire applicable aux emplois de conseiller général des établissements de santé ;

Vu l'arrêté du 21 juin 2006 relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux emplois de conseiller général des établissements de santé ;

Vu l'arrêté du 15 janvier 2013 portant nomination de M. Xavier CHASTEL, ingénieur en chef des mines, dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé à compter du 15 janvier 2013,

Arrête :

Article 1er

M. Xavier CHASTEL, ingénieur en chef des mines, est maintenu en détachement dans l'emploi de conseiller général des établissements de santé pour une durée de trois ans à compter du 15 janvier 2016.

Article 2

Le chef du service de l'inspection générale des affaires sociales et la directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière 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 28 juillet 2015.

MARISOL TOURAINE

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 11 août 2015 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de juin 2015

NOR : *AFSH1530614A*

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment l'article 33 ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;

Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;

Vu l'arrêté du 23 juillet 2004 modifié relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

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 modifié 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 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois de juin 2015, le 31 juillet 2015 par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de juin 2015, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 28 852 304,80 € soit :

1. 26 866 398,98 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
   22 492 870,99 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments ;
   290 742,38 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
   59 562,89 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
   4 023 222,72 € au titre des actes et consultations externes (ACE).
2. 1 408 370,49 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
3. 577 535,33 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 57 420,78 € 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.

Article 4

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

Article 5

Le directeur général 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 11 août 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef de service (par intérim),
adjoint au directeur général de l'offre de soins,
Y. Le Guen

Pour le ministre et par délégation :
Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,
F. Godineau

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau plateaux techniques et prises en
charge hospitalières aiguës (R3)

Direction générale de la santé

Sous-direction promotion de la santé
et prévention des maladies chroniques

Bureau santé des populations (MC1)

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

NOR : *AFSH1518066C*

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-120.

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 : permanence de la réponse aux demandes d'IVG en période estivale. Fonctionnement effectif des permanences téléphoniques.

Mots clés : interruption volontaire de grossesse (IVG) – grossesses non désirées.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 2212-1 et suivants et L. 2311-4, R. 2212-1 et suivants ;

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

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

Circulaire DGOS/R3/DGS/MC1 n° 2014-241 du 30 juillet 2014 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été ;

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

Instruction DGOS/R3/DGS/MC1 n° 2012-265 du 3 juillet 2012 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été ;

Instruction DGOS/R3/DGS/MC1 n° 2013-294 du 12 juillet 2013 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d'été ;

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

Annexes :

Annexe 1. – Liste des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception.

Annexe 2. – Principales mesures du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG.

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

Le nombre des IVG reste stable autour de 220 000 par an depuis une dizaine d'années[1]. En 2013, 229 000 IVG ont été ainsi réalisées en France, dont 217 000 en Métropole. Les écarts régionaux perdurent, avec des recours plus élevés dans les DOM, en Île-de-France et dans le sud de la France. Pour 2014, les données actuellement disponibles montrent une baisse de 3,4 % par rapport à 2013.

La diversification de l'offre pour mieux répondre aux besoins des femmes se confirme :

– la part des IVG réalisées hors établissement de santé (c'est-à-dire en centre de planification et d'éducation familiale, centre de santé ou cabinet libéral) continue de croître lentement pour atteindre 16 % en 2013 ;
– le nombre des IVG réalisées en établissement de santé par méthode instrumentale augmente quant à lui pour la première fois, ce qui tend à montrer la réalité du choix offert aux femmes en termes de méthode d'IVG en milieu hospitalier.

Dès mon arrivée au gouvernement, j'ai pris plusieurs mesures visant à renforcer l'offre d'IVG et faciliter le parcours des femmes souhaitant interrompre leur grossesse qui ont d'ores et déjà accompagné ou permis ces évolutions favorables : le remboursement à 100 % de l'IVG pour toutes les femmes, la revalorisation des forfaits d'IVG par méthode instrumentale pour maintenir cette offre sur le territoire, la suppression de la notion de détresse, le renforcement du délit d'entrave, la création du site www.ivg.gouv.fr.

Ce constat, qui peut paraître rassurant sur l'état de l'accès à l'IVG en France, ne doit pas occulter les difficultés que rencontrent certaines femmes et dont le Haut Conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes[2] et des associations se sont fait l'écho. Ces difficultés ont pu être constatées à l'occasion d'une enquête commandée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et réalisée à l'été 2014. Si la plupart des femmes ne rencontrent pas de problème pour joindre un établissement et que les délais pour obtenir un rendez-vous sont relativement courts en général, des obstacles persistent : insuffisance d'orientation par les permanences régionales, difficulté à obtenir un rendez-vous dans certaines situations, refus ou retard de prise en charge de publics spécifiques (mineures, femmes étrangères).

Pour répondre à cet état des lieux, j'ai présenté le 16 janvier dernier[3] un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG articulé autour de trois priorités :

– mieux informer les femmes sur leurs droits ;
– simplifier et améliorer le parcours des femmes ;
– garantir une offre diversifiée sur tout le territoire.

Dans ce contexte, la période estivale doit être préparée avec une attention toute particulière.

L'objet de la présente instruction est double : rappeler la nécessaire anticipation de la période estivale pour assurer la continuité de la réponse aux demandes des femmes et préparer la mise en œuvre des mesures du programme national d'action relatives à l'information et l'accompagnement des femmes.

I. – PERMANENCE DE L'ACCÈS À L'IVG EN PÉRIODE ESTIVALE

La période estivale nécessite une vigilance particulière afin de maintenir des conditions d'accès à l'IVG optimales, malgré des effectifs réduits et des plannings souvent très chargés. Il est essentiel que l'offre de soins sur chaque territoire de santé soit suffisante pour répondre aux demandes des femmes et que ces dernières puissent bénéficier d'une orientation efficace vers l'offre disponible.

[1] *Cf.* DREES, Les interruptions volontaires de grossesse en 2013, Études et résultats n° 924, juillet 2015.

[2] HCEFH, rapport relatif à l'accès à l'IVG, novembre 2013 (http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf /rapport_ivg_volet2_v10.pdf).

[3] http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/action/piece-jointe/2015/01/ameliorer_lacces_a_livg_-_dossier_de_presse_du_16_janvier_2015.pdf.

En termes d'information et d'orientation des femmes, il convient que les agences régionales de santé :

– garantissent le fonctionnement effectif des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG pendant l'été ;
– s'assurent que les permanences téléphoniques disposent des informations actualisées sur les services d'orthogénie ouverts pendant l'été, des listes et disponibilités des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF), des centres de santé et des professionnels conventionnés pour pratiquer l'IVG médicamenteuse en ville.

En termes de prise de rendez-vous, il convient que les ARS :

– veillent au respect des horaires d'ouverture et d'appel affichés ;
– assurent en cas de besoin une réorientation effective vers un établissement de santé ou un acteur de ville conventionné ;
– garantissent la possibilité de prendre rendez-vous à distance, par téléphone ou par Internet ;
– Veillent à l'accueil bienveillant des femmes en demande d'IVG.

En termes d'accès à la prise en charge et de qualité du service, il convient que les ARS :

– garantissent la disponibilité constante et sur chaque territoire de santé des deux méthodes d'IVG et des deux modes d'anesthésie en ce qui concerne l'IVG par méthode instrumentale ;
– veillent à ce que les délais de prise en charge n'excèdent pas le délai de cinq jours préconisé par la Haute Autorité de santé, en prenant garde à ne pas ajouter de rendez-vous supplémentaires à ceux prévus par le code de la santé publique. À ce titre, il est rappelé qu'une femme ayant satisfait aux obligations de consultation prévues par le code de la santé publique doit pouvoir obtenir un rendez-vous pour une IVG sans avoir à consulter à nouveau un médecin de l'établissement ;
– assurent la prise en charge des femmes entre dix et douze semaines de grossesse, grâce à une orientation efficace et à la réservation de créneaux d'urgence dans les plannings ;
– garantissent la prise en charge des femmes mineures. À ce titre, il est rappelé que l'absence de consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas un motif de refus de rendez-vous ou de refus d'IVG et qu'aucune demande de paiement ne peut être présentée à la femme mineure pour sa prise en charge de l'IVG, actes afférents inclus ;
– assurent la prise en charge des femmes étrangères en situation irrégulière. à ce titre, il est rappelé qu'une prise en charge au titre des soins urgents est possible ;
– veillent au respect du secret lorsqu'une femme le demande.

Je vous encourage à mettre en place un fonctionnement en réseau avec l'ensemble des acteurs de votre territoire. Il est nécessaire d'établir avec eux un recensement de l'ensemble des structures pouvant accueillir les femmes en demande d'IVG durant la période estivale. Comme le mentionne l'instruction relative à l'actualisation et à l'harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional[4], l'animation de réseau fait partie des missions du réseau régional de santé en périnatalité.

Je vous demande de vérifier que les dispositions nécessaires ont été prises afin de garantir l'accès à l'IVG pendant la période estivale et, le cas échéant, de tenir informée la DGOS[5] des difficultés rencontrées et des mesures mises en œuvre pour y répondre. Une synthèse des remontées locales est à adresser à la DGOS avant fin septembre 2015.

II. – INFORMER ET ACCOMPAGNER LES FEMMES EN DEMANDE D'IVG – SOUTIEN AUX PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES RÉGIONALES

Pour améliorer l'information des femmes, un numéro national d'appel sur la sexualité, la contraception et l'IVG sera lancé au quatrième trimestre 2015. Pour le faire connaître, une campagne nationale d'information sera diffusée. Ce numéro Vert, ouvert six jours sur sept, sera piloté par le Mouvement français du planning familial (MFPF), avec le soutien du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Il constituera un point d'entrée des appels avant renvoi vers les plateformes régionales qui ont vocation, dans leurs plages horaires d'ouverture, à assurer une réponse de proximité et de qualité aux sollicitations provenant de leur région. Aux horaires de fermeture des plateformes régionales, une plateforme nationale assurera la continuité du dispositif.

[4] Validée par le CNP le 26 juin 2015, publication en cours.

[5] DGOS-R3@sante.gouv.fr.

Afin que ce dispositif fonctionne dans de bonnes conditions et apporte une réponse de qualité au plus près des besoins, il convient que les ARS :

– soient parties prenantes du dispositif et soutiennent activement la bonne articulation entre le MFPF et les acteurs régionaux, notamment les réseaux de santé en périnatalité ;
– s'assurent du fonctionnement effectif des permanences téléphoniques régionales d'information relatives à l'IVG et à la contraception tout au long de l'année sur lesquelles le numéro d'appel national s'appuiera ;
– veillent au maintien du soutien financier qu'elles accordent pour le fonctionnement de la plateforme de leur région ;
– s'assurent que les permanences téléphoniques disposent des informations actualisées et fiables sur l'offre existante sur les territoires, dans les domaines touchant la sexualité, la contraception et l'IVG.

Je vous remercie de bien vouloir diffuser dans les meilleurs délais la présente instruction et ses annexes aux services de prise en charge concernés, aux conseils départementaux et aux réseaux de santé en périnatalité de votre territoire en leur demandant de vous tenir informés des difficultés rencontrées.

MARISOL TOURAINE

ANNEXE 1

PERMANENCES TÉLÉPHONIQUES RÉGIONALES D'INFORMATION RELATIVES À L'IVG ET À LA CONTRACEPTION

(liste tenue à jour par la DGS et disponible à l'adresse suivante: http://www.sante.gouv.fr/coordonnees-des-permanences-telephoniques-regionales.html)

ALSACE
Le Planning familial du Bas-Rhin
13, rue du 22-Novembre
67000 Strasbourg
6, rue du Cygne
67800 Bischleim
Du lundi au samedi de 9 h à 12 h
Mardi, mercredi et vendredi : de 16 h 30 à 19 h 30
Tél. : 03-88-32-28-28 – Mél : mfpf67@wanadoo.fr

Le Planning familial du Haut-Rhin
20, avenue Kennedy
68200 Mulhouse
Lundi et jeudi de 16 h 30 à 19 h 30
Tél. : 03-89-42-42-12 – Mél : planningfamilial68@wanadoo.fr

AQUITAINE
Fédération aquitaine du planning familial
Du lundi au jeudi de 10 h à 18 h
Vendredi de 10 h à 14 h
Samedi de 10 h à 12 h
Tél. : 0810-00-170

AUVERGNE
Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand
CHU Estaing (service pratiquant les IVG)
Du lundi au vendredi de 8 h à 16 h (ensuite répondeur)
Tél. : 04-73-75-01-62

BOURGOGNE
Plateforme téléphonique et régionale d'information relative à l'IVG et à la contraception
CHU de Dijon
Service de maternité
14, rue Gaffarel
21000 Dijon
Tél. : 03-80-29-52-23
Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h
Répondeur en dehors de ces horaires

BRETAGNE
Le Planning familial 35
11, boulevard De-Lattre-de-Tassigny
35000 Rennes
Du lundi au jeudi de 9 h à 12 h et de 14 h à 18 h (17 h le vendredi)
Bretagne info IVG contraception
Tél. : 0800-800-648 (n° vert gratuit)
(Tél. : du MFPF : 02-99-31-54-22)

CENTRE
Le Planning familial Centre
Du lundi au vendredi de 10 h à 14 h – 16 h à 18 h – samedi de 10 h à 13 h
Tél. : 0800-881-904 (n° vert)

CHAMPAGNE-ARDENNES
Info contraception IVG
Rue Cognac-Jay
51100 Reims
Lundi, mercredi et jeudi de 8 h 30 à 18 h
Mardi de 8 h 30 à 14 h
Vendredi de 8 h 30 à 17 h
Tél. : 0800-331-334 (numéro anonyme et gratuit) ou 03-26-78-78-56
(Pendant les vacances scolaires : 9 h à 17 h)

CORSE
Services de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier d'Ajaccio
Tél. : 04-95-50-54-18 de 8 h à 17 h
Centre hospitalier de Bastia
Tél. : 04-95-59-10-65 ou 04-95-59-11-48
Du lundi au vendredi de 8 h à 18 h
Clinique Maymard
Tél. : 04-95-55-39-20, 24 h/24 h et 7 j/7

FRANCHE-COMTÉ
Permanence non active actuellement

ÎLE-DE-FRANCE
Info contraception IVG
Le Planning familial d'Île-de-France
Du lundi au vendredi de 12 h à 19 h
Tél. : 01-47-00-18-66

LANGUEDOC-ROUSSILLON
Fédération régionale Languedoc-Roussillon du Mouvement français pour le planning familial
48, boulevard Rabelais
34000 Montpellier
Lundi, mercredi de 10 h à 17 h
Mardi de 10 h à 16 h
Vendredi de 10 h à 14 h
Tél. : 04-67-99-33-33

LIMOUSIN
Permanence non active actuellement

LORRAINE
Le Planning familial 57
1, rue du Coëtlosquet
57000 Metz
Mardi de 14 h 30 à 16 h 30
Mercredi de 13 h à 15 h
Vendredi de 12 h à 14 h
Tél. : 03-87-69-04-77

MIDI-PYRÉNÉES
Hôpital Joseph Ducuing
15, rue de Varsovie
BP 77613
31076 Toulouse Cedex 3
Du lundi au vendredi de 8 h à 19 h
Tél. : 0800-80-10-70 (numéro azur) ou 05-61-77-50-77

BASSE-NORMANDIE
Le Planning familial du Calvados
3, boulevard Maréchal-Lyautey
14000 Caen
Du lundi au jeudi de 9 h à 17 h
Vendredi de 9 h à 16 h (répondeur)
Tél. : 08-08-800-122 (numéro vert gratuit)

HAUTE-NORMANDIE
Permanence régionale contraception-IVG
Le Planning familial 76
41, rue d'Elbeuf
76100 Rouen
Du lundi au jeudi de 9 h à 12 h 30 et de 14 h à 17 h 30
Vendredi de 9 h à 12 h 30
Tél. : 02-35-73-74-88

NORD - PAS-DE-CALAIS
Permanence non active actuellement

PAYS DE LA LOIRE
Plateforme téléphonique contraception-IVG Pays de la Loire
Le Planning familial des Pays de la Loire
Association régionale des Pays de la Loire (44, 49, 72, 53, 85)
44000 Nantes
Du lundi au vendredi de 9 h à 23 h
Samedi de 9 h à 13 h
Tél. : 0800-834-321 (numéro vert gratuit)

PICARDIE
Antenne régionale contraception-IVG
Centre d'information des droits des femmes et des familles de la Somme
80000 Amiens
Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 12 h 30 et de 13 h 30 à 17 h 15
Tél. : 03-22-72-22-14

POITOU-CHARENTES
Ligne régionale information contraception-IVG
Centre de planification du centre hospitalier universitaire de Poitiers
2, rue de la Milétrie
86000 Poitiers
Du lundi au vendredi de 13 h à 17 h
Tél. : 05-49-44-46-46 ou 05-49 44 48 31 (planification)

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR
IVG Contraception en région PACA
Orientation, information, écoute

Tél. numéro vert : 0800-105-105
Site Internet : www.parlons-ici.org
Réponses assurées par le Mouvement français pour le planning familial

RHÔNE-ALPES
Le Planning familial de la région Rhône-Alpes
2, rue Lakanal
69100 Villeurbanne
Du lundi au vendredi de 12 h à 18 h
Répondeur en dehors de ces horaires
Tél. : 0810-810-714 (numéro Azur)

OUTRE-MER

GUADELOUPE
La maternité consciente planning familial
20, rue Sadi-Carnot
BP 134
97154 Pointe-à-Pitre
Lundi, mardi, jeudi et vendredi de 7 h 30 à 15 h 30
Mercredi de 7 h 30 à 13 h
Tél. : 05-90-82-29-78

MARTINIQUE
CREPSS (Centre de ressources d'éducation et de promotion de la santé sexuelle)
62, route de Moutte
n° 3, résidence La Dominante
97200 Fort-de-France
Lundi, mardi, jeudi de 8 h 30 à 16 h
Mercredi, vendredi de 7 h 30 à 12 h 30
Tél./fax : 05-96-56-54-46
Mél : crepss972@orange.fr

GUYANE
Centre de planification et d'éducation familiale
Tél. 05-94-28-81-60
Lundi et jeudi de 8 h 30 à 16 h
Mardi, mercredi, vendredi de 8 h à 14 h
Centres hospitaliers :
Cayenne, tél. : 05-94-39-50-50
Kourou, tél. : 05-94-32-76-76
Saint-Laurent, tél. : 05-94-34-88-88
Clinique Véronique
Tél. : 05-94-28-10-10

Centres de santé (CS) :
CS de Maripasoula, tél. : 05-94-37-11-24
CS de Grand Santi, tél. : 05-94-49-53-06
CS de Saint-Georges, tél. : 05-94-37-06-38
Maisons des adolescents :
Cayenne, tél. : 05-94-25-00-51
PMI de Cayenne, tél. : 05-94-28-87-00 (digue Ronjon)
tél. : 05-94-31-01-20 (rue Barrat)
Réseau Périnat, tél. : 05-94-35-54-07 (Maison des Réseaux)

LA RÉUNION
CHU Sud, site de Saint-Pierre
Pôle femme mère enfant
Secrétariat d'orthogénie
97410 Saint-Pierre
Accueil du lundi au vendredi de 8 h à 15 h 30
Tél. : 02-62-35-97-42
CHU de La Réunion - Site Félix-Guyon
Consultations d'orthogénie
Centre de santé sexuelle
97405 Saint-Denis
Permanences tél. du lundi au vendredi de 6 h 30 à 13 h 30
Consultations sur RDV le lundi, mercredi et vendredi de 8 h à 12 h 30
Tél. : 02-62-90-55-22
Centre hospitalier Gabriel-Martin
Centre d'éducation et prévention santé
28, rue des Morts
97863 Saint-Paul
Tél. : 02-62-45-31-42
Horaires d'ouvertures : de 8 h 30 à 17 h du lundi au vendredi
Répondeur hors horaires d'ouverture

MAYOTTE
Centre hospitalier de Mayotte
Unité fonctionnelle d'orthogénie
BP 04 Mamoudzou Mayotte
Du lundi au vendredi de 7 h à 14 h
Tél. : 02-69-61-80-00 - poste 5251 ou poste 5070
(En cas d'urgence, 24 h/24 h, poste 5555)

ANNEXE 2

PRINCIPALES MESURES DU PROGRAMME NATIONAL D'ACTION POUR AMÉLIORER L'ACCÈS À L'IVG

Les objectifs du programme national d'action :
– mieux informer les femmes sur leurs droits ;
– simplifier et améliorer le parcours des femmes qui souhaitent avorter ;
– garantir une offre diversifiée sur l'ensemble du territoire.

AXE 1 – MIEUX INFORMER LES FEMMES SUR LEURS DROITS
1. Un numéro national d'appel sur la sexualité, la contraception et l'IVG.
2. Une campagne nationale d'information.

AXE 2 – SIMPLIFIER ET AMÉLIORER LE PARCOURS DES FEMMES
3. Une amélioration de la prise en charge financière de l'IVG.
4. La formalisation d'une procédure pour les IVG de 10 à 12 semaines de grossesse.

AXE 3 – GARANTIR UNE OFFRE DIVERSIFIÉE SUR TOUT LE TERRITOIRE
5. La formalisation d'un plan pour l'accès à l'avortement dans chaque région.
6. La possibilité pour les centres de santé de réaliser des IVG instrumentales.
7. Faciliter le recrutement des praticiens contractuels dans les établissements.
8. Mettre en place une commission sur les données et la connaissance de l'IVG.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources
humaines du système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

NOR : *AFSH1516962J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-123

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 circulaire a pour objectif de préciser, sous forme de référentiel, les modalités d'organisation du travail applicables dans les structures de médecine d'urgence.

Mots clés: personnels médicaux hospitaliers — temps de travail — structures de médecine d'urgence — urgences — SAMU — SMUR — établissements de santé.

Références :

Directive européenne 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ;

Code de la santé publique articles, R. 6123-1 à R. 6123-32-13 ; articles R. 6152-26 à 6152-28 pour les praticiens hospitaliers temps plein, R. 6152-221, R. 6152-223 et R. 6152-224 pour les praticiens des hôpitaux à temps partiel, R. 6152-407 et R. 6152-408 pour les praticiens contractuels, R. 152-504 et R. 6152-505 pour les assistants des hôpitaux, R. 6152-605 à R. 6152-607 pour les praticiens attachés) ;

Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins et aux chirurgiens-dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés assurant une ou plusieurs des missions fixées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et l'Établissement français du sang ;

Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

Circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

Annexe : Référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements publics de santé.

La circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences, SAMU et SMUR a affirmé trois principes complémentaires concernant l'organisation des activités et la gestion du temps de travail au sein de ces structures :

– la généralisation du principe du décompte horaire du temps de travail dans les structures de médecine d'urgence (urgences, SAMU et SMUR) ;
– la mise en place d'un référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail permettant d'identifier, dans le respect du maximum de 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre, un temps dédié au travail clinique posté de 39 heures et un temps réservé aux activités non cliniques à forfaitiser ;
– l'adaptation des organisations de l'urgence dans les territoires en vue d'une amélioration du service rendu au patient.

Un groupe de travail a été installé le 2 mars 2015 afin d'élaborer le référentiel national de répartition et de gestion du temps de travail applicable dans les structures de médecine d'urgence.

La version finale de ce document de référence figure en annexe de la présente instruction.

Il consacre l'organisation des activités au sein des structures de médecine d'urgence autour de deux composantes distinctes :

– le travail clinique posté, structurant pour l'activité du service, orienté autour de la prise en charge et de la coordination des soins autour du patient ainsi que des tâches qui y sont directement rattachées (contacts avec les familles, sollicitation d'avis spécialisés, renseignement du dossier médical par exemple) ;
– les activités non postées, cliniques ou non, activités à vocation majoritairement collective et institutionnelle qui demandent par nature à être programmées dans les tableaux de service afin que les praticiens puissent les assumer (participation à des réunions institutionnelles d'instances ou de groupes de travail, formations délivrées ou reçues par exemple).

La capacité pour les praticiens exerçant dans ces structures de pouvoir consacrer une partie de leur temps de travail à des activités non postées est essentielle à l'attractivité dans la durée de leur exercice professionnel, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leur pratique ainsi qu'à leur implication dans la vie institutionnelle, compte tenu des sujétions liées à la prédominance d'activités en travail clinique posté et en permanence de soins.

Ce référentiel appelle, sur la base de la décomposition présentée ci-dessus et de l'analyse des besoins médicaux à satisfaire par les structures urgences, SAMU et SMUR de l'établissement, à un processus exigeant visant à redéfinir l'organisation la plus pertinente des activités médicales au sein de ces structures et à optimiser la ressource en compétences de médecins urgentistes.

Cette démarche repose sur les maquettes d'organisation des activités médicales, définissant le besoin en temps clinique posté, ainsi que sur les missions contractualisées avec chaque praticien, liées à ses activités non postées.

La déclinaison et la mise en œuvre transparentes, opérationnelles et équilibrées de ce référentiel nécessitera l'implication de l'ensemble des instances et responsables médicaux, comme des équipes, concernés au sein de chaque établissement.

Un autre groupe de travail, chargé de décliner de façon opérationnelle l'organisation territoriale des activités de médecine d'urgence, poursuit par ailleurs ses travaux ; ils seront éclairés par le rapport demandé sur ce même sujet au docteur Jean-Yves GRALL, directeur général de l'agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais.

Les objectifs de ces deux démarches sont fortement complémentaires et leur mise en œuvre doit s'envisager de manière coordonnée. Elles sont fondatrices, à l'échelle de l'établissement comme du territoire, d'une nouvelle approche de l'organisation des structures de médecine d'urgence, garantissant à la population l'accès aux soins urgents, optimisant l'utilisation des ressources humaines médicales disponibles et créant les conditions d'un exercice professionnel soutenable pour les professionnels de l'urgence.

Les chefs des établissements publics de santé, en association étroite avec les présidents de commission médicale d'établissement, sont invités, en concertation avec les équipes concernées et les instances de l'établissement, à engager dès réception de la présente instruction le processus nécessaire à la mise en œuvre des nouvelles modalités relatives à l'organisation et à la gestion du temps de travail applicables dans les structures de médecine d'urgence, en cohérence avec les démarches de territorialisation des organisations liées à l'urgence qui seront engagées sous l'égide des agences régionales de santé, conformément aux orientations qui seront prochainement données par les pouvoirs publics.

Les commissions médicales d'établissement seront invitées à se prononcer sur les modalités de mise en œuvre dans l'établissement de ces dispositions et à procéder à leur évaluation. Elles s'assureront de la primauté du projet médical comme élément structurant de l'organisation des activités médicales.

Un bilan portant sur l'ensemble des éléments relevant de la mise en œuvre du référentiel sera réalisé chaque année sous la responsabilité de la commission de l'organisation de la permanence des soins et présenté devant la commission médicale d'établissement de chaque établissement.

Toute difficulté qui pourrait survenir dans l'application de la présente instruction devra être signalée aux services compétents de la direction générale de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE

RÉFÉRENTIEL NATIONAL DE GESTION DU TEMPS DE TRAVAIL MÉDICAL APPLICABLE DANS LES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

Le présent document structure et organise la gestion du temps de travail des professionnels médicaux exerçant dans les structures de médecine d'urgence dont l'activité est autorisée au sens de l'article R. 6123-1 et suivants du code de la santé publique, conformément aux principes généraux décrits dans la circulaire du 22 décembre 2014.

I. – PROFESSIONNELS CONCERNÉS

Sont concernés par l'application du présent référentiel :

– les praticiens hospitaliers temps plein, praticiens des hôpitaux à temps partiel, assistants, assistants associés, praticiens attachés, praticiens attachés associés, praticiens contractuels et praticiens adjoints contractuels ;
– affectés au sein des structures de médecine d'urgence.

Les modalités de gestion des obligations de service et du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires étant régies par des dispositions réglementaires différentes, le présent référentiel n'est pas applicable à cette catégorie de professionnels exerçant dans les structures de médecine d'urgence.

Leur activité hospitalière est cependant comptabilisée dans les ressources médicales de la structure, contribuant à satisfaire le besoin en temps clinique posté défini au deuxième alinéa du III du présent référentiel.

II. – LES COMPOSANTES DU TRAVAIL DANS LES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE

Le temps de travail des professionnels concernés, mentionnés au titre précédent, est décomposé en un temps dédié au travail clinique posté et en activités non postées, cliniques ou non.

La capacité pour les praticiens exerçant dans ces structures de pouvoir consacrer une partie de leur activité à des activités non postées est essentielle à l'attractivité dans la durée de leur exercice professionnel, à la qualité des soins, à l'amélioration continue de leur pratique ainsi qu'à leur implication dans la vie institutionnelle, compte tenu des sujétions liées à la prédominance d'activités en travail clinique posté et en permanence de soins.

A. – Le travail clinique posté

Le travail clinique posté est consacré à la prise en charge médicale des patients dans le cadre de l'occupation d'une fonction faisant l'objet d'une relève organisée.

Cela correspond, pour les professionnels concernés par l'application du référentiel, à la présence au sein de l'établissement entièrement dédiée :

– à l'accueil, à la prise en charge et à la coordination des soins autour du patient aux urgences et en unités d'hospitalisation de courte durée rattachées aux services d'urgences (contacts avec les familles, sollicitation d'avis spécialisés, renseignement du dossier médical par exemple) ;
– à la régulation médicale au SAMU ;
– à la disponibilité pour la réalisation des missions du SMUR.

B. – Les activités non postées, cliniques ou non

Les activités non postées comprennent :

1. Des missions, à vocation majoritairement collective et institutionnelle, confiées aux praticiens visant notamment à :

– assurer la coordination des soins (staffs, réunions pluridisciplinaires, organisation des filières d'aval par exemple) ;
– suivre et analyser l'activité à partir des données codées ;
– contribuer à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement ;
– participer à des démarches collectives qualités-risques-vigilances comme d'évaluation et d'amélioration des pratiques, au sein du service ou de l'institution ;

– participer aux démarches de préparation des gestions de crises ;
– contribuer aux travaux de recherche et d'enseignement universitaires.

Le temps consacré à la fonction de chef de service n'est pas inclus dans ces missions.

Le temps consacré à l'exercice de mandats syndicaux fait par ailleurs l'objet d'une comptabilisation et d'un suivi distincts.

2. Les démarches relatives à la satisfaction par les praticiens de leur obligation d'actualisation de connaissances, d'amélioration des pratiques et de formation médicale continue que comporte l'obligation de DPC.

III. – LES OBLIGATIONS DE SERVICE

Les obligations de service se répartissent entre le temps de travail clinique posté et les activités non postées, cliniques ou non. Elles se situent dans la limite de 48 heures hebdomadaires maximum en moyenne par quadrimestre.

La nature et l'organisation du travail clinique posté et des activités non postées doivent être définies, dans chaque structure, en fonction des besoins en temps clinique posté issus des maquettes d'organisation des activités médicales et des spécificités propres au service et à son environnement.

Le besoin en temps clinique posté issu des maquettes d'organisation des activités médicales permet en particulier de définir, sur la base des obligations de service définies ci-après, l'effectif médical cible calculé à l'échelle des structures de médecine d'urgence de l'établissement et du territoire.

L'organisation des activités médicales est proposée par le chef de service, après concertation avec l'équipe médicale du service, et validée par le chef de pôle.

Les maquettes d'organisation des activités médicales constituent une annexe au contrat de pôle.

A. – Les obligations de service liées au travail clinique posté

Elles sont fixées à 39 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre pour un praticien à temps plein. Ce temps de travail clinique posté est calculé sur cette base au prorata de la quotité de temps de travail pour les praticiens n'exerçant pas à temps plein.

B. – Les obligations de services liées aux activités non postées

Elles sont forfaitisées et comprennent des missions contractualisées avec chaque praticien, en lien avec les activités du service, parmi les activités décrites au II.B.1 ci-dessus ainsi, que les démarches relatives à l'actualisation des connaissances mentionnées au II.B.2 du présent référentiel.

Au même titre que les activités cliniques postées, elles figurent dans les tableaux de services prévisionnels et réalisés.

Un contrat, de principe annuel, détermine en fonction des priorités établies par le chef de service, en lien avec le chef de pôle, les activités non postées définies par missions propres à chaque praticien après concertation avec celui-ci.

Ces missions sont définies de manière à permettre la satisfaction par le praticien de son obligation d'actualisation des connaissances mentionnée au II.B.2 du présent référentiel et à ce que son temps de travail ne dépasse pas 48 heures hebdomadaires maximum en moyenne par quadrimestre.

Le contrat est signé entre le praticien et le chef de service, visé par le chef de pôle et par le directeur de l'établissement.

Les obligations de service du praticien sont réputées accomplies dès lors qu'il est attesté par le chef de service, à la fin de chaque quadrimestre, que les 39 heures hebdomadaires en moyenne de travail clinique posté et les missions définies contractuellement ont été réalisées par le praticien.

Au-delà de l'approche individuelle décrite ci-dessus, reposant sur une répartition égalitaire du temps de travail clinique posté et des activités non postées entre les praticiens d'une équipe, des modalités différentes d'organisation et de répartition du temps de travail peuvent être envisagées, privilégiant une approche collective.

Dans le cadre du temps médical affecté à la structure, la répartition du temps clinique posté et des activités non cliniques peut varier entre praticiens, si cela permet de mieux répondre aux besoins collectifs et aux aspirations individuelles.

La mise en place de modalités alternatives est proposée, après concertation avec l'équipe médicale du service et accord des praticiens concernés, par le chef de service et validée par le chef de pôle et le directeur.

III. – VALORISATION DU TEMPS DE TRAVAIL ADDITIONNEL

Le temps de travail additionnel qu'un praticien peut réaliser ne peut être déclenché qu'après que ce dernier a rempli l'ensemble de ses obligations de service, telles que définies au III ci-dessus et conformément aux dispositions en vigueur en matière de temps de travail additionnel.

Les heures de travail clinique posté réalisé au-delà de 39 heures en moyenne par quadrimestre sont cumulées par plages de cinq heures et converties en demi-périodes de temps de travail additionnel. Elles sont, au libre choix du praticien, soit rémunérées chacune à hauteur d'une demi-période de temps de travail additionnel de jour, soit récupérées.

Lorsque l'effectif médical cible mentionné au troisième alinéa du III est atteint, la mise en œuvre des principes posés par le présent référentiel ne doit pas générer, hors circonstances exceptionnelles, de temps de travail additionnel.

IV. – MODALITÉS PARTICULIÈRES D'APPLICATION DANS LES STRUCTURES DE MÉDECINE D'URGENCE À FAIBLE ACTIVITÉ

Le présent référentiel ne s'applique dans les structures de médecine d'urgence à faible activité que lorsqu'elles sont intégrées dans une équipe médicale de territoire.

Dans le cas de figure où le référentiel ne s'applique pas, le calcul de l'effectif médical cible des structures concernées doit être réalisé de manière à permettre aux praticiens de satisfaire leur obligation d'actualisation des connaissances mentionnée au II.B.2 du présent référentiel et d'assurer les missions de représentation institutionnelle à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

Les directeurs généraux des agences régionales de santé sont invités, dans le cadre de la démarche de contractualisation avec les établissements auxquels appartiennent ces structures, après consultation des comités techniques régionaux des urgences, à mettre en œuvre des équipes de territoire.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau innovation
et recherche clinique (PF4)

Instruction DGOS/PF4 n° 2015-258 du 31 juillet 2015 relative aux modalités d'identification, de recueil des actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie hors nomenclature éligibles au financement au titre de la MERRI G03

NOR : *AFSH1518884J*

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-127.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente instruction décrit les nouvelles modalités de prise en charge de deux catégories d'actes de biologie et d'anatomocytopathologie hors nomenclature (HN) au titre de la dotation MERRI G03 à compter de 2015. Sont concernés par cette prise en charge les actes innovants, décrits au sein du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Sont également concernés les actes HN susceptibles de faire l'objet d'une proposition de prise en charge ultérieure par la collectivité, compte tenu de leur niveau suffisant de validation clinique estimé par les sociétés savantes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie. Cette deuxième catégorie d'actes est décrite au sein de la liste dite complémentaire transitoire.

Mots clés : biologie – anatomocytopathologie – innovation – hors nomenclature (HN) – RIHN – MERRI.

Références :

Articles L. 162-1-7, L. 162-1-7-1, L. 162-1-8, L. 162-22-13, L. 162-26, L. 165-1-1 et D. 162-6, D. 162-7, D. 162-8, R. 162-22 et R. 165-63 du code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale ;

Arrêté du 18 juin 2012 fixant la liste des procédés biologiques utilisés en assistance médicale à la procréation.

Texte abrogé : circulaire DGOS/R5 n° 2010-325 du 3 septembre 2010 relative aux règles de recueil et de facturation des actes de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature, réalisés en cancérologie.

Annexes :

Annexe I. – Procédure de gestion opérationnelle du RIHN (inscription/actualisation).

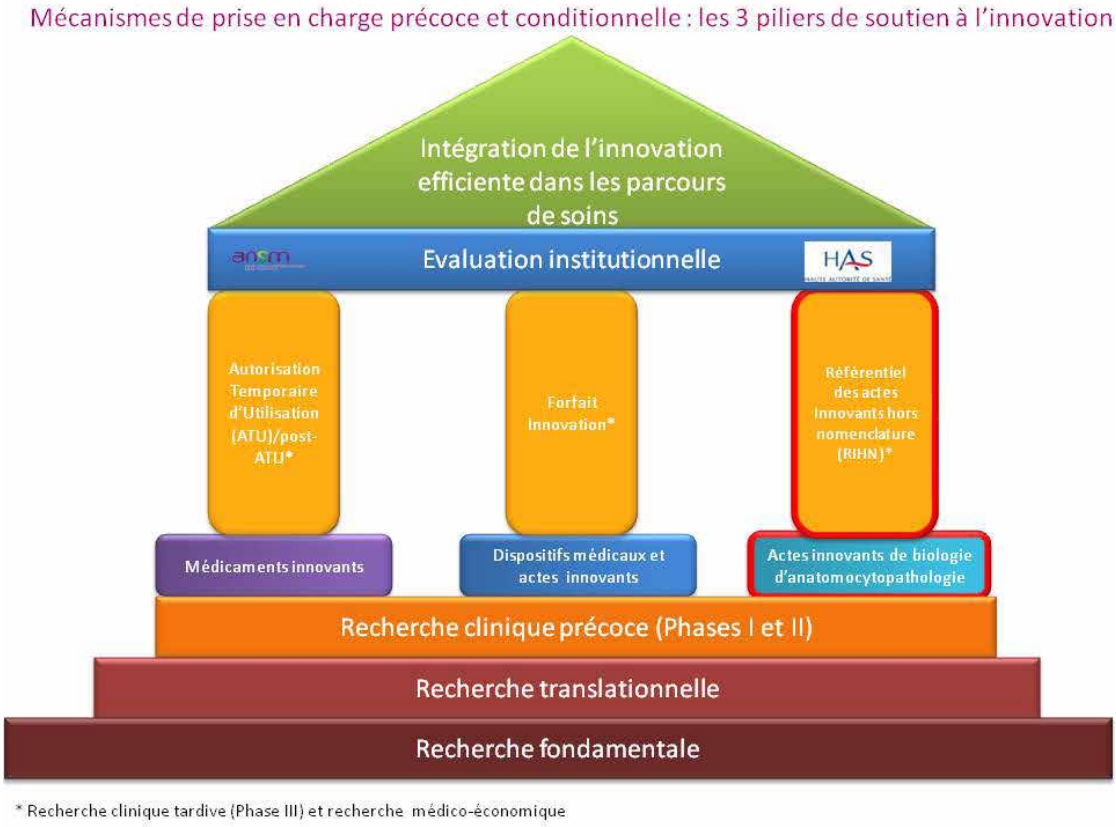
Annexe II. – Plan du dossier de demande d'inscription d'acte au sein du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN) de biologie médicale et d'anatomocytopathologie.

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

1. Référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN)

1.1. *Le RIHN : principes généraux*

Dans le cadre de ses actions en faveur du développement de l'innovation en santé, la DGOS met en place un dispositif pérenne de soutien à la biologie médicale et à l'anatomocytopathologie innovantes : le référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Ce « pilier de soutien à l'innovation » se traduit par une prise en charge précoce et transitoire d'actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie, conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif et comparatif de données, permettant la validation de l'efficacité clinique et de l'utilité clinique et médico-économique de ces actes innovants afin de faciliter leur évaluation ultérieure par la Haute Autorité de santé (HAS), en vue d'une prise en charge par la collectivité, qu'elle soit de ville (NABM, CCAM) ou hospitalière. Le RIHN est donc un mécanisme de prise en charge conditionnelle de l'innovation comme les deux autres piliers de soutien à l'innovation que sont le forfait innovation[1] et les autorisations temporaires d'utilisation (ATU)[2].



Ainsi, les actes innovants de biologie et d'anatomocytopathologie sont désormais inscrits au sein du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN).

Tout acte de biologie et d'anatomocytopathologie inscrit au sein du RIHN :

- présente un caractère innovant (*cf.* 1.2) ;
- est décrit sous forme d'acte global (*cf.* 1.3) ;
- peut faire l'objet, si prescrit, d'une prise en charge financière transitoire au titre de la MERRI G03 (*cf.* 1.4) ;
- fait l'objet d'un recueil prospectif et comparatif de données cliniques ou médico-économique (*cf.* 1.5) ;
- est dispensé de l'obligation d'accréditation (*cf.* 1.6).

[1] Pour les dispositifs médicaux et actes (*cf.* art. L.165-1-1 du CSS).

[2] Pour les médicaments (*cf.* L.5121-12 du CSP).

1.2. *Caractère innovant*

Les actes de biologie médicale, d'anatomocytopathologie[3] éligibles à l'inscription au RIHN sont des actes innovants. À ce titre ils satisfont l'ensemble des quatre conditions suivantes d'éligibilité définies par les articles L-165-1-1 et R. 165-63 du CSS[4] :

1. Ils présentent un caractère de nouveauté autre qu'une simple évolution technique par rapport aux technologies de santé utilisées dans les indications revendiquées. Ainsi, l'acte satisfait le critère de nouveauté susmentionné s'il permet alternativement :

– un nouveau mode d'action transformant radicalement la prise en charge diagnostique, pronostique ou thérapeutique d'une pathologie ou la compensation d'un handicap ;
– une transformation radicale d'un acte professionnel par l'usage de DMDIV existant ;
– une transformation radicale d'un acte professionnel afin de permettre l'usage d'un DMDIV existant ;
– une transformation radicale de l'organisation des soins associée à une pathologie ou à un handicap ;
– l'introduction d'une nouvelle technologie au sein d'une classe de DMDIV existant ;
– le cas échéant, une autre nouvelle modalité induisant une transformation radicale pertinente dans le champ du RIHN. Cette nouvelle modalité ainsi que la transformation radicale induite sont alors clairement présentées et explicitées afin de permettre l'appréciation du caractère de nouveauté.

2. Ils se situent en phase précoce de diffusion, ne relèvent pas d'une prise en charge et n'ont jamais fait l'objet d'une prise en charge par la collectivité dans les indications revendiquées.

La prise en charge par la collectivité comprend :

– les prestations hospitalières[5] (groupes homogènes de séjours [GHS], forfaits etc.) mentionnées aux articles L. 162-22-6 et L. 162-22-1 du CSS ;
– le forfait innovation mentionné à l'article L. 165-1-1 du CSS ;
– les nomenclatures : classification commune des actes médicaux (CCAM), nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) mentionnées à l'article L. 162-1-7 ;
– la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (CSS) ;
– la liste dite « en sus » mentionnée à l'article L. 162-22-7 du CSS ;
– les financements au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) définis par l'article L. 162-22-13 du CSS, à l'exception des financements accordés au titre du programme de recherche translationnelle (PRT), du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) et du programme de recherche médico-économique (PRME) ;
– les expérimentations prévues à l'article L. 162-31-1 du CSS ;
– les financements au titre du fonds d'intervention régional (FIR) défini par l'article L. 1435-8 du CSP.

Des actes de biologie et d'anatomocytopathologie en phase précoce de diffusion correspondent à des actes dont la validation analytique (fiabilité, justesse, reproductibilité) et les premiers éléments de performance diagnostique clinique ont été établis et peuvent être justifiés. Cela signifie que l'acte n'est plus du ressort ni de la recherche fondamentale, ni de la recherche translationnelle[6]. Les actes éligibles sont donc en cours de validation clinique et médico-économique préalablement à l'évaluation par la HAS et à une éventuelle prise en charge par la collectivité.

---

[3] Les actes innovants d'odontologie ne sont pas éligibles au RIHN, compte tenu des modalités de validation de ces actes, comparables à celles des actes thérapeutiques invasifs. Une prise en charge précoce et transitoire conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico-économique est néanmoins possible pour les actes innovants d'odontologie dans le cadre du forfait innovation (*cf.* art. L.165-1-1 du CSS) ;

[4] Ces conditions d'éligibilité ont été initialement définies pour le forfait innovation. Le forfait innovation et le RIHN étant deux des piliers de soutien à l'innovation (mécanismes de prise en charge anticipée de l'innovation conditionnée à la réalisation d'un recueil de données cliniques et/ou médico-économiques), la définition de l'innovation établie pour le forfait innovation est donc valable pour le RIHN.

[5] Cela exclut notamment l'ensemble des actes d'hygiène hospitalière, ainsi que les typages HLA dans le cadre des greffes lorsque ceux-ci sont pris en charge *via* d'autres dotations.

[6] Recherche située chronologiquement entre la recherche fondamentale et la recherche clinique dont l'objectif est d'établir la transposabilité clinique d'un concept innovant préalablement identifié en recherche fondamentale.

Par ailleurs, afin d'identifier une éventuelle diffusion par assimilation sur le territoire français, devront également être renseignés :

– les autres indications de l'acte ainsi que leurs modalités de prise en charge par la collectivité dans ces indications (recherche y compris) ;
– le(s) acte(s) impliqué(s) dans la prise en charge de référence ainsi que leurs modalités de prise en charge par la collectivité.

3. Les risques pour le patient et, le cas échéant, pour l'opérateur liés à l'utilisation de l'acte innovant ont été préalablement caractérisés comme en attestent des études cliniques disponibles. Cette condition est généralement satisfaite d'emblée en biologie médicale et anatomocytopathologie. Toutefois, elle peut nécessiter d'être documentée par des études cliniques pilotes bien conçues et bien conduites dans certaines circonstances de prélèvement pré-analytique (certaines biopsies susceptibles de faire courir des risque pour le patient par exemple). Dans ce cas, il convient de rapporter les risques :

– liés directement à la technologie y compris les risques liés au mésusage ;
– inhérents à la technique (notamment l'expérience de l'équipe, le plateau technique et la formation nécessaire...).

4. Ils sont susceptibles :

– de présenter un bénéfice clinique significatif permettant de satisfaire un besoin médical non couvert ou insuffisamment couvert ;
– ou de réduire significativement les dépenses de santé, du fait d'un bénéfice médico-économique, apprécié en termes d'efficience ou d'impact budgétaire sur le coût de la prise en charge.

1.3. *Principe de l'acte global*

Les actes inscrits au sein du RIHN répondent au principe de l'acte global : à un libellé donné correspond l'ensemble des étapes de l'acte : pré-analytique, analytique et post-analytique. Ce principe permet d'être en adéquation avec la définition de l'examen de biologie médicale[7] d'une part et avec les modalités de description des actes inscrits au sein de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM), d'autre part.

Il convient donc de prendre en considération l'ensemble de ces étapes lors du processus de description de l'acte. Toutefois, les modalités de conservation à long terme (cryoconservation, etc.) à visée de recherche ne sont pas prises en compte dans la description de l'acte global car elles sont financées par d'autres vecteurs (dotations des MERRI « centres de ressources biologiques » et des projets de recherche notamment). Il est également rappelé que certains actes de cryoconservation sont d'ores et déjà inscrits à la NABM[8].

1.4. *Modalités de prise en charge financière du RIHN au titre de la MERRI G03*

Un acte innovant est inscrit au sein du RIHN pour une durée initiale de 3 ans. Au terme de cette période, une réévaluation de l'acte inscrit au sein du RIHN est réalisée sur la base d'un dossier transmis par le demandeur permettant :

– d'actualiser les connaissances sur le niveau de validation clinique et médico-économique de l'acte ;
– de décrire l'état d'avancement du recueil de données prospectif et comparatif ;
– d'actualiser l'impact budgétaire de l'acte au sein de la dotation MERRI G03.

À l'issue de cette réévaluation, trois cas de figure sont possibles :

– l'acte est suffisamment mature[9] pour être proposé à la prise en charge par la collectivité. Son évaluation par la Haute Autorité de santé est alors planifiée. Dans ce cas, l'acte est maintenu au sein du RIHN ainsi que sa prise en charge au titre de la MERRI G03 et ce jusqu'à la décision de prise en charge par la collectivité (positive ou négative) en cas d'obtention d'un service attendu suffisant[10], ou à défaut jusqu'à la publication d'un avis négatif pour service attendu insuffisant par la Haute Autorité de santé ;

[7] Défini par la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale.

[8] Cryoconservation d'embryon (0064) et cryoconservation de sperme (0066).

[9] Efficacité et utilité clinique et/ou médico-économique suffisamment établies.

[10] Ainsi, en cas de service attendu suffisant et de décision positive de prise en charge, la prise en charge par la MERRI G03 au titre du RIHN perdure pendant les phases d'évaluation par la HAS et de hiérarchisation/tarification de l'acte. Dans ce cas, il n'y a donc pas de rupture de prise en charge entre le financement au titre du RIHN et le financement de droit commun par la collectivité.

– l'acte n'est pas suffisamment mature[8] pour être proposé à la prise en charge par la collectivité, mais le recueil de données prospectif et comparatif a été initié et est en bonne voie d'avancement. L'acte est maintenu au sein du RIHN ainsi que sa prise en charge au titre de la MERRI G03 pour une période complémentaire à l'issu de laquelle une réévaluation sera menée. La durée de cette période complémentaire est fixée au cas par cas en fonction de l'état d'avancement du recueil de données mais ne pourra excéder 2 ans ;
– l'acte n'est pas suffisamment mature[8] pour être proposé à la prise en charge par la collectivité, mais le recueil de données prospectif et comparatif n'a pas été initié ou n'est pas documenté : l'acte est alors radié du RIHN et n'est plus pris en charge.

Le financement de la dotation MERRI G03 est attribué aux établissements de santé sur la base de déclaration par ces derniers *via* le PMSI (FICHSUP), dont les modalités sont décrites dans la présente circulaire (*cf.* 3).

NB : Une réévaluation avant l'achèvement de la période de 3 ans peut être entreprise notamment à la demande du demandeur s'il est estimé que l'acte est suffisamment mature[8] pour être proposé à la prise en charge par la collectivité.

NB : L'actualisation de l'impact budgétaire pourra conduire à une réévaluation à la baisse de la cotation de l'acte au sein du RIHN, notamment en cas d'économies d'échelle importante.

1.5. *Modalités de recueil prospectif et comparatif de données cliniques ou médico-économiques*

L'inscription d'un acte au sein du RIHN est conditionnée à la réalisation d'un recueil prospectif et comparatif de données cliniques ou médico-économiques. Ce recueil, proposé par le demandeur, permet de colliger l'ensemble des données manquantes nécessaires pour que la HAS puisse déterminer un niveau d'amélioration de service attendu. Ce recueil respecte donc les exigences méthodologiques définies par la HAS au sein de ses guides méthodologiques ou par des standards méthodologiques internationaux le cas échéant, notamment en cas de tests compagnons ou d'évaluation médico-économique.

Le détail précis de ce recueil de données est décrit au sein de la lettre d'intention intégrée au sein du dossier de demande (*cf.* annexe II).

Ce recueil de données cliniques ou médico-économiques peut inclure une étude clinique comparative d'ores et déjà initiée, nationale ou internationale. Toutefois, le recueil de données cliniques et/ou médico-économiques inclut systématiquement les données relatives aux patients ayant eu accès à l'innovation sur le territoire français *via* l'inscription au RIHN. C'est pourquoi, ces données sont transmises par l'établissement en contact direct avec le patient et au sein duquel l'acte a été prescrit.

Il est rappelé l'importance primordiale de l'évaluation de l'utilité clinique de tests diagnostiques ou pronostiques. En effet, cette étape, souvent négligée dans le processus de validation de ces tests, représente l'un des éléments essentiels requis lors une évaluation par la HAS.

À titre exceptionnel pour les actes inscrits au RIHN en 2015[11], les sociétés savantes disposent de 6 mois à compter de la parution de la présente instruction pour transmettre à la DGOS la lettre d'intention détaillant le recueil de données ainsi que l'identification de l'établissement de santé en charge de la coordination de ce recueil de données.

La MERRI « actes HN » ne finance pas le recueil de données. En revanche, dans le cadre des projets de recherche qui pourront être proposés à différentes institutions pour financer ce recueil de données, il n'est pas nécessaire d'intégrer le coût du test inscrit au sein du RIHN puisque ce dernier est d'ores et déjà pris en charge au titre du RIHN.

1.6. *Dispense d'accréditation et condition de réalisation des actes*

Les actes innovants inscrits au RIHN sont dispensés de l'obligation d'accréditation en application de l'article 8 de la Loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale. Toutefois, cela n'interdit pas, pour les établissements de santé qui le souhaitent, d'accréditer des actes inscrits au RIHN.

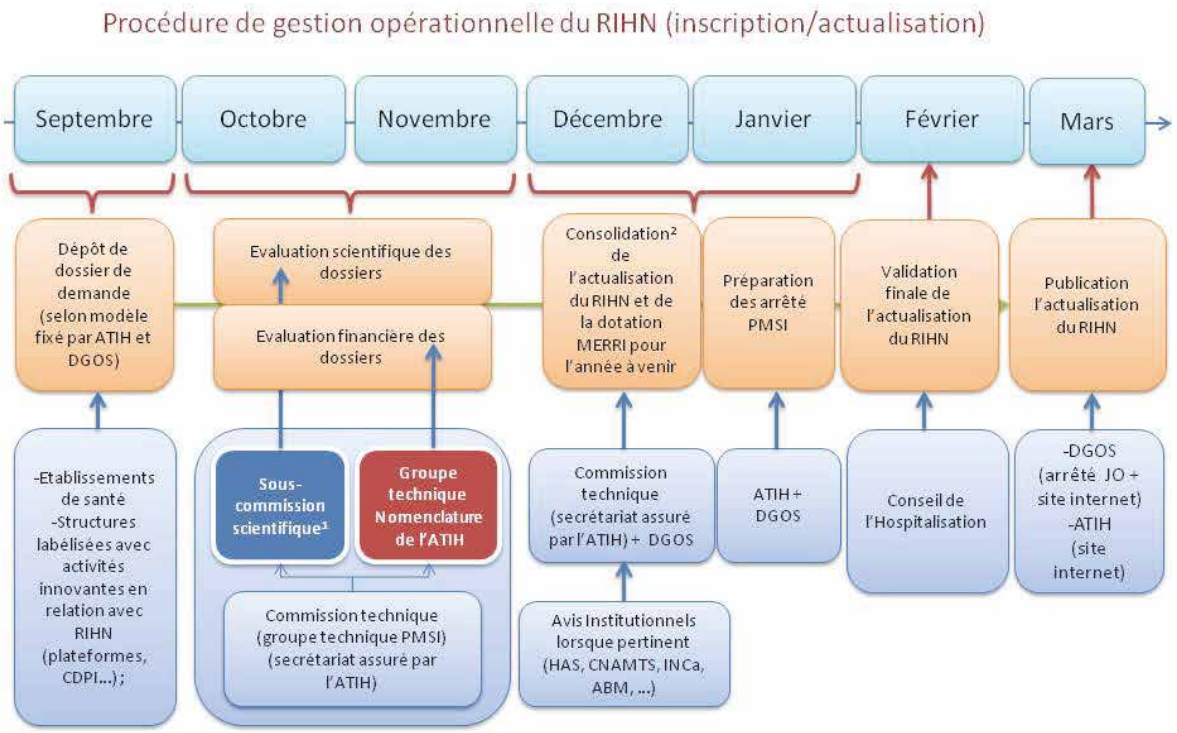
Par ailleurs, des conditions de réalisation spécifiques de l'acte peuvent être introduites au sein du RIHN, conditionnant la prise en charge.

[11] Ces actes ayant été issus du toilettage du référentiel préexistant par les sociétés savantes, il n'ont donc pas fait l'objet de la procédure mise en vigueur par la présente instruction et n'ont pas été proposé par un établissement de santé. Une procédure adaptée est donc nécessaire pour ces actes, impliquant initialement les sociétés savantes.

1.7. *Modalités d'actualisation du RIHN*

L'innovation étant par définition dynamique, la gestion opérationnelle du RIHN se doit d'être réactive et de permettre des introductions et des sorties d'actes en fonction de l'apparition de nouvelles innovations et de leur validation clinique et médico-économique. C'est pourquoi une procédure d'actualisation annuelle du RIHN est mise en place (*cf.* Annexe I). Elle se déroule sur une période de 6 mois, initiée en septembre.

À l'issue de cette procédure, le RIHN est actualisé annuellement avec une entrée en vigueur de la nouvelle version chaque 1er mars. Chaque version du RIHN est publiée par arrêté au *Journal officiel* et sur le site internet du ministère chargé de la santé[12] et sur celui de l'ATIH[13]. La durée de validité de chaque version du RIHN est donc d'un an à compter de son entrée en vigueur.



1-Constituée d'experts scientifiques issus de chaque Société Savante pertinente
2-Consolidation sur la base de l'ensemble des évaluations des sous-commissions + avis institutionnels ad hoc

Cette procédure d'actualisation permet 3 types d'action :

- l'inscription d'un acte innovant au sein du RIHN ;
- l'évolution du statut d'un acte au sein du RIHN, notamment au bout de 3 ans, selon son degré de validation, sa maturité en vue d'une évaluation par la HAS ;
- la sortie d'un acte du RIHN (soit en vue d'une prise en charge pérenne par la collectivité, soit compte tenu de paramètres négatifs tels que l'obsolescence, l'inefficacité ou l'inefficience, un service attendu insuffisant, etc.).

Une nouvelle inscription au sein du RIHN pour un acte innovant est accordée en cas de réponse favorable à une demande d'inscription déposée auprès de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ce dépôt est réalisé de manière dématérialisée *via* la plateforme Innovarc (www.innovarc.fr) ouverte durant chaque mois de septembre.

Les modalités de dépôt et d'évaluation d'une demande d'inscription d'acte innovant au sein du RIHN sont détaillées au sein des annexes I et II.

[12] http://www.sante.gouv.fr/l-innovation-et-la-recherche-clinique.html
[13] http://www.atih.sante.fr

Les demandeurs sont :

– des établissements de santé publics ou privés[14] ;
– des structures financées par l'ONDAM des établissements de santé dont les missions impliquent le développement et la validation d'actes innovants de biologie médicale et d'anatomocytopathologie[15].

Les dossiers émanant d'industriels, de sociétés savantes ou de professionnels de santé ne sont pas recevables.

2. **Liste complémentaire d'actes**

2.1. *Principes généraux*

Ces dernières années, un nombre limité d'actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie ont été pris en charge par la collectivité, compte tenu de l'existence d'un goulot d'étranglement administratif.

Par conséquent, un stock important s'est constitué au fil des années composé d'actes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie initialement innovants mais désormais susceptibles de faire l'objet d'une évaluation par la HAS et le cas échéant d'une prise en charge ultérieure de droit commun par la collectivité (ville ou hôpital), compte tenu de leur niveau suffisant de validation clinique estimé par les sociétés savantes de biologie médicale et d'anatomocytopathologie.

Ainsi dès 2015, afin de ne pas pénaliser la réalisation de ces actes pourtant potentiellement pertinents et de ne pas générer de perte de chance pour le patient ou de dépenses injustifiées, ces actes, listés au sein d'une liste complémentaire dédiée :

– peuvent faire l'objet d'une prise en charge financière au titre de la MERRI G03, dans l'attente d'une décision de prise en charge par la collectivité ou de l'obtention d'un service attendu insuffisant par la HAS ;
– sont soumis à l'obligation d'accréditation.

Ces actes feront l'objet d'une évaluation par la HAS et le cas échéant d'une prise en charge par la collectivité selon un calendrier et des modalités précisées ultérieurement.

2.2. *Caractère non pérenne de la liste complémentaire*

La liste complémentaire est indépendante du RIHN et n'a pas vocation à être alimentée par des actes issus du RIHN.

En effet, la liste complémentaire est intégralement constituée du stock d'actes en attente d'évaluation et dont le financement doit basculer vers un mode de droit commun (ville ou hôpital) en cas d'évaluation positive par la HAS. Elle a donc pour unique vocation la gestion du stock d'actes jusqu'à épuisement de ce dernier. Il n'y a donc d'inclusion de nouveaux actes au sein de la liste complémentaire.

La liste complémentaire est donc actualisée au fur et à mesure en fonction de la radiation d'actes de cette liste compte tenu :

– du transfert progressif vers des modalités de prise en charge de droit commun par la collectivité (ville ou hôpital) suite à une évaluation favorable par la HAS ;
– suite à une évaluation défavorable par la HAS ou suite à un refus de prise en charge par la collectivité ;
– suite à une analyse complémentaire de la HAS, de la DGOS ou de la CNAMTS mettant en évidence la non pertinence de l'inscription de l'acte au sein de la liste complémentaire.

3. **Établissements de santé éligibles au financement de la MERRI G03**

Conformément à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, sont éligibles au financement au titre de la dotation nationale de financement des MIGAC les établissements de santé mentionnés aux *a, b, c* et d de l'article L. 162-22-6 du même code.

[14] Une attention sera apportée vis-à-vis de conflits d'intérêt potentiel au niveau des structures qui évaluent cliniquement les tests et qui ont des conventions avec les industriels détenteurs des brevets sur les nouveaux tests.

[15] Les « laboratoires de références » définis par l'article L. 6211-19 du code de la santé publique et actuellement en cours de définitions réglementaires peuvent également être inclus parmi les déposants.

4. **Déclaration des volumes d'activité pour les actes hors nomenclature éligibles au financement MERRI G03**

Les volumes d'activité des actes innovants de biologie et d'anatomocytopathologie inscrits au RIHN ainsi que les actes de soins courants inscrits sur la liste complémentaire sont à déclarer par les établissements *via* le même fichier FICHSUP du PMSI prévu à cet effet par l'ATIH, en utilisant les codes spécifiques de chaque acte précisés au sein du RIHN et de la liste complémentaire. Ceci est valable pour tous les actes de biologie et d'anatomocytopathologie inscrits sur les deux listes susmentionnées, y compris les actes de biologie et d'anatomocytopathologie réalisés en cancérologie.

En termes de comptabilisation des actes dans le recueil, l'établissement qui exécute les actes pour ses besoins internes ou à la demande d'un autre établissement public est le seul à pouvoir les comptabiliser dans le recueil ; afin d'éviter une double comptabilisation, l'établissement demandeur ne les recensera donc pas.

Seule l'activité annuelle de l'établissement de santé déclarée par FICHSUP de l'année *n* – 1 est prise en compte pour déterminer le montant de la dotation de la MERRI G03 à verser à l'établissement de santé lors de l'année *n*.

Il est de la responsabilité de l'établissement de santé de s'assurer de la pertinence des déclarations introduites dans FICHSUP. Des contrôles sont réalisés par l'ATIH et la DGOS de manière ciblée ou aléatoire afin de s'assurer de la pertinence de ces déclarations.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

La secrétaire générale adjointe des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

ANNEXE I

PROCÉDURE DE GESTION OPÉRATIONNELLE DU RIHN (INSCRIPTION/ACTUALISATION)

1. **Dépôt du dossier**

1.1. *Demande d'inscription sur le RIHN*

La procédure d'inscription est initiée par le dépôt d'un dossier complet auprès de l'ATIH par les déposants de manière dématérialisée *via* la plateforme Innovarc (www.innovarc.fr) lors d'une fenêtre calendaire annuelle (une période d'un mois, en septembre de chaque année). Le dossier de demande d'inscription comporte obligatoirement l'ensemble des éléments requis (sous peine d'irrecevabilité du dossier).

Le détail et le format du dossier complet à déposer est précisé au sein de l'Annexe II.

1.2. *Actualisation de l'inscription sur le RIHN*

Au plus tard 3 ans après l'inscription de l'acte sur le RIHN, le demandeur soumet à l'ATIH, toujours de manière dématérialisée une actualisation de dossier de demande d'inscription initialement déposé afin de réévaluer le niveau de maturation de l'acte inscrit au RIHN, de connaître le degré d'avancement du recueil de données et d'actualiser la cotation et l'impact budgétaire de l'acte si nécessaire.

2. **Évaluation des dossiers**

2.1. *Demande d'inscription sur le RIHN*

L'évaluation des dossiers est réalisée par une commission technique dont le secrétariat est assuré par l'ATIH. Cette commission technique est constituée d'une sous-commission scientifique et du groupe technique nomenclature de l'ATIH. L'avis d'institutions est sollicité par l'ATIH pour les questions relevant de leur domaine de compétence (ex : l'Institut national du cancer (INCa) pour le cancer, l'Agence de la Biomédecine pour l'assistance médicale à la procréation et la génétique, la HAS pour les questions d'évaluation, la CNAMTS pour des questions de prise en charge). Dans ce cas, les institutions concernées sont informées par la Commission technique des demandes d'inscription dans un délai minimal de 2 semaines avant leur évaluation.

2.1.1. Évaluation scientifique

À l'issue de la période de dépôt, les éléments scientifiques des dossiers (points II.1 à II.5 de la demande) sont évalués par la sous-commission scientifique *ad hoc* dont les membres sont nommés pour une période de 3 ans par chacune des sociétés savantes d'intérêt. Ces dernières nomment chacune deux représentants : un titulaire et un suppléant.

Les dossiers de chaque chapitre du RIHN sont évalués par l'ensemble des membres compétents pour ce chapitre (= rapporteurs) avec au minimum 2 rapporteurs par chapitre. Les dossiers sont ensuite présentés par les rapporteurs à l'ensemble de la sous-commission qui donnerait un avis consultatif sur la pertinence scientifique à inscrire l'acte au sein du RIHN.

2.1.2. Évaluation économique et budgétaire

En parallèle de l'évaluation scientifique, les éléments économiques et budgétaires (point II.6 du dossier) sont évalués par le groupe technique nomenclature de l'ATIH Le groupe technique évaluera particulièrement l'analyse des coûts proposés par le déposant (point II.6.1), permettant ainsi de valider également la proposition de cotation ainsi que l'impact budgétaire prévisionnel (point II.6.2).

L'ensemble de ces phases d'évaluation est réalisé sur une période maximale de 2 mois (mois d'octobre et de novembre de chaque année): 0,5 mois pour l'attribution et envoi des dossiers aux rapporteurs, 1 mois d'analyse par les rapporteurs, 0,5 mois pour la tenue de la réunion plénière et la formalisation des avis consultatifs par l'ATIH.

2.2. *Évolution des actes inscrits sur le RIHN*

Le dossier actualisé mentionné au 1.2 est évalué par les sous-commissions selon les mêmes modalités qu'un dossier d'inscription. À la lumière des éléments apportés par le dossier actualisé, et notamment compte tenu de la progression du niveau de maturation de l'acte et du recueil prospectif et comparatif de données, la commission technique rend un avis sur la pertinence :

– à maintenir l'acte au sein du RIHN (dans l'attente de la finalisation du recueil de données, ou en vue de préparer l'évaluation par la HAS)
– ou à sortir l'acte du RIHN (données attestant de l'inefficacité ou de l'inutilité de l'acte ou faute de recueil de données mis en place).

2.3. *Actes sortant du RIHN*

L'ATIH, avec l'appui de la CNAMTS et de la HAS si nécessaire, recense les actes préalablement inscrit sur le RIHN ayant fait l'objet d'une décision positive ou négative de prise en charge ou ayant obtenu un service attendu insuffisant.

3. **Consolidation de la proposition de RIHN actualisé**

Une fois l'ensemble des demandes évalué individuellement par la Commission technique, une version agrégée et consolidée du RIHN ainsi qu'une analyse prévisionnelle de l'impact budgétaire sur la dotation MERRI G03 est produite par l'ATIH et la DGOS en adéquation avec le modèle budgétaire de la MERRI G03, prenant en compte l'introduction des nouveaux actes innovants, l'actualisation des actes préalablement inscrits sur le RIHN et la sortie d'actes. Parallèlement, la DGOS, appuyée par l'ATIH, réalise les travaux préparatoires juridiques nécessaires à la future publication du RIHN par arrêté. L'ensemble de cette phase d'évaluation est réalisée sur une période maximale de 2 mois (mois de décembre et janvier de chaque année).

4. **Validation de l'actualisation du RIHN**

Sur la base des analyses scientifiques et budgétaires précédemment réalisées, la DGOS propose au conseil de l'hospitalisation le projet d'actualisation du RIHN. Le conseil de l'hospitalisation, dans le cadre d'une recommandation, valide la version finale du RIHN, en application de l'alinéa 7 de l'article R.162-22 du code de la sécurité sociale (CSS).

ANNEXE II

PLAN DU DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION D'ACTE AU SEIN DU RÉFÉRENTIEL DES ACTES INNOVANTS HORS NOMENCLATURE (RIHN) DE BIOLOGIE MÉDICALE ET D'ANATOMOCYTOPATHOLOGIE

PLAN TYPE DU DOSSIER

Le dossier de demande d'inscription au RIHN doit suivre le plan type détaillé ci-dessous et inclure l'ensemble des pièces justificatives requises.

PLAN TYPE	FORMAT numérique
Partie I: Éligibilité: – identification de la demande; – fiche d'éligibilité au RIHN.	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-1: Description de la technologie: – description pré-analytique, analytique et post-analytique; – caractère innovant de la technologie; – mode d'action de la technologie; – conditions de réalisation.	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-2: Identification et sélection des données cliniques et/ou médico-économiques disponibles: – recherche documentaire systématisée; – données cliniques et/ou médico-économiques sélectionnées.	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-3: Intérêt de la technologie suggérés par les données disponibles: – pathologie concernée (indications revendiquées); – alternatives diagnostiques/pronostiques ou thérapeutiques; – risques liés à son utilisation (le cas échéant); – bénéfice clinique ou diminution du coût de la prise en charge à efficacité clinique équivalente, suggérés par la technologie par rapport à la technologie de santé de référence; – place attendue de la technologie dans la stratégie thérapeutique ou diagnostique/pronostique.	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-4: Identification des données critiques manquantes	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-5: Estimation de la population cible	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Partie II-6: Impact budgétaire: – proposition de cotation (en euros) de l'acte; – analyse prévisionnelle de l'impact budgétaire de l'inscription de l'acte sur 3 ans.	format DOC, DOCX, RTF ou ODT
Annexe 1: Lettre d'intention du recueil de données prospectif et comparatif intégrant notamment: – la justification de son adéquation avec le niveau de maturation de l'acte; – l'identification de l'établissement de santé en charge du recueil de données.	À compléter sur Innovarc version pdf ensuite éditée par Innovarc)
Annexe 2: Études techniques, cliniques ou médico-économiques *in extenso* justifiant la pertinence de la demande, et notamment le niveau de maturation de la technique (validation des performances analytiques et cliniques de l'acte).	PDF
Annexe 3: Positions officielles des sociétés savantes susceptibles de voir leur pratique clinique évoluer en fonction des résultats de l'acte innovant.	PDF
Annexe 4: Autres documents, le cas échéant.	tous formats de fichiers (5 Mo maximum)

PARTIE I: ÉLIGIBITÉ

IDENTIFICATION DE LA DEMANDE

Dénomination de la technologie	
Modèles et références commerciales concernées par la demande, le cas échéant	

Discipline(s) d'application	

Identification de l'établissement de santé demandeur	Dénomination sociale: Adresse: Tél./Fax/email: N° SIREN: et/ou N° SIRET:
Correspondant (un seul correspondant par dossier)	Nom, qualité et coordonnées (Adresse: Tél./Fax/email:)

FICHE D'ÉLIGIBILITÉ

DÉNOMINATION de la technologie	NOM DE LA TECHNOLOGIE FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE
Type de technologie	Nature de la technologie, pour les tests compagnons: Recenser les médicaments possiblement impliqués
Indication(s) revendiquée(s)	Libellé de(s) indication(s) revendiquée(s)
Stratégie de référence	Stratégie habituelle de prise en charge dans l'(les) indication(s) revendiquée(s)
Population cible	Estimation chiffrée de la population susceptible de bénéficier de la technologie

Caractère de nouveauté

Nature de l'innovation	Identifier la nature de l'innovation de la technologie: ☐ Un mode d'action nouveau transformant la prise en charge d'une pathologie ou d'un handicap ☐ Une transformation radicale d'un acte médical ou chirurgical pour l'usage d'un dispositif déjà existant ☐ Une transformation radicale d'un acte médical ou chirurgical par l'usage d'un dispositif ☐ Une transformation radicale du système d'organisation des soins associés à une pathologie ou un handicap ☐ L'introduction d'une nouvelle technologie dans une classe existante ☐ Autre nature d'innovation: à préciser
Historique de développement de la technologie	Préciser les étapes du développement et les évolutions de la technologie
Stade actuel de développement	☐ Données précliniques spécifiques disponibles ☐ Données cliniques spécifiques disponibles

Disponibilité

Pré-requis réglementaire	Date d'obtention du marquage CE le cas échéant Nom, code et pays de l'organisme notifié
Diffusion en France	Date prévisionnelle ou effective de début de commercialisation ou de diffusion dans la(les) indication(s) revendiquée(s) Actes réalisés et nombre de centres impliqués, sur les 5 dernières années Si la technologie est déjà commercialisée ou diffusée dans d'autres indications, les préciser
Prise en charge préexistante en France	Préciser si la technologie est déjà prise en charge par la collectivité quelles qu'en soient les modalités (GHS, LPP, RIHN, CCAM, NABM, codage par assimilation, programmes de recherche - y compris PSTIC, PRME, PREPS, PHRIP). Vous préciserez, le cas échéant les modalités de prise en charge et les indications concernées (qu'elles correspondent à celle(s) revendiquée(s) ou non)

Apport de la technologie

Objectif de l'utilisation de la technologie	☐ Bénéfice clinique: Préciser la nature du besoin médical auquel la technologie vise à répondre. Préciser s'il s'agit de: – un besoin médical non couvert; – un besoin médical insuffisamment couvert . ☐ Diminution des coûts de la prise en charge pour une efficacité clinique équivalente: Préciser la nature des dépenses que la technologie vise à limiter

Apport de la technologie	Comment la technologie est-elle susceptible de répondre à ce besoin médical ? Comment la technologie est-elle susceptible de réduire les dépenses de santé ? Ces deux objectifs peuvent être atteints directement par l'utilisation de la technologie ou indirectement *via* les modifications organisationnelles induites par l'utilisation de la technologie.

Intérêt de la technologie

La pertinence de la demande sera évaluée sur la base des études cliniques ou médico-économiques identifiées dans cette partie. Ces études doivent être fournies sous l'un des formats autorisés.

Études cliniques et/ou médico-économiques spécifiques disponibles	
Lister les études cliniques spécifiques de la technologie (références bibliographiques) Lister les études médico-économiques spécifiques de la technologie (références bibliographiques)	
Études cliniques et/ou médico-économiques non spécifiques disponibles (technologie similaire)	
Lister les études cliniques non spécifiques de la technologie (références bibliographiques) Lister les études médico-économiques non spécifiques de la technologie (références bibliographiques)	
Synthèse des données cliniques ou médico-économiques disponibles	
Risques identifiés (le cas échéant)	Caractériser la nature de ces risques pour le patient (et pour l'opérateur le cas échéant) liés à l'utilisation de la technologie Autres risques potentiels (par exemple liés au mode d'action) à mettre en parallèle avec l'analyse du risque du marquage CE, le cas échéant
Bénéfice clinique	Préciser la nature et l'importance du bénéfice clinique suggéré en termes d'intérêt diagnostique en termes d'amélioration probante du diagnostic ou d'utilité clinique (c'est-à-dire du devenir des patients) en lien avec le besoin médical pertinent revendiqué
Diminution du coût de la prise en charge à efficacité clinique équivalente	Préciser i) la nature et l'importance de la diminution de coûts de la prise en charge suggérée pour la collectivité et ii) les données probantes d'équivalence en termes d'efficacité clinique de la technologie dans la stratégie thérapeutique

PARTIE II : DOSSIER D'ÉVALUATION DE LA TECHNOLOGIE

Dans cette 2e partie du dossier, le demandeur développera son argumentaire par lequel il montre que la technologie répond aux critères d'éligibilité du RIHN.

1. Description de la technologie

Le demandeur apportera tous les éléments descriptifs qu'il jugera utile pour l'évaluation de la technologie qui fait l'objet de la demande d'inscription au RIHN.

1.1. *Description pré-analytique, analytique, post-analytique de la technologie*

Pour un acte :

– Type ou nature de l'acte : diagnostic, pronostic, etc. ;

– acteurs concernés : personnel médical ou auxiliaires médicaux, spécialités impliquées ;description détaillée de l'acte en précisant, les phases pré-analytique, analytique, post-analytique, ainsi que pour chacune des phases, leur durée, le nombre, la fonction et la spécialité de chaque intervenant et le besoin de formation spécifique ou la courbe d'apprentissage.

Pour une technologie innovante associée à un médicament :

– si le médicament est déjà inscrit à la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux et/ou la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités : préciser les code et libellé selon la nomenclature en vigueur et le tarif ;

– si le médicament associé n'est pas inscrit, le décrire intégralement.

1.2. *Caractère innovant de la technologie*

Description analytique des caractéristiques de l'innovation : décrire de manière précise, avec références bibliographiques, les caractéristiques spécifiques conférant à la technologie proposée son caractère innovant par rapport aux technologies ou actes existants.

1.3. *Mode d'action de la technologie*

Description, avec références bibliographiques, du mode d'action sur la pathologie ou de son impact en termes diagnostique, pronostique ou thérapeutique.

1.4. *Conditions de réalisation*

Description des modalités de réalisation de l'acte.

Description de l'environnement nécessaire : équipe, compétences, plateau technique, formation préalable, modalités de suivi la fonction et la spécialité de chaque intervenant et le besoin de formation spécifique ou la courbe d'apprentissage.

2. **Identification et sélection des données cliniques et/ou médico-économiques disponibles**

2.1. *Recherche documentaire systématisée*

Le demandeur devra réaliser une recherche documentaire systématisée et décrire les résultats de cette recherche.

L'objectif de cette recherche documentaire systématisée est d'identifier l'ensemble des données analytiques, cliniques ou médico-économiques disponibles dans la littérature sur la technologie qui fait l'objet de la demande.

La recherche documentaire doit porter sur l'interrogation des bases internationales de données bibliographiques.

Les sites internet des agences d'évaluation nationales et internationales et des sociétés savantes doivent être également consultés afin d'identifier les évaluations technologiques, les méta-analyses, revues systématiques et les recommandations, le cas échéant. Une liste non exhaustive de liens consultables pour la recherche documentaire systématisée est disponible en fin d'Annexe.

La stratégie de recherche suivie doit être explicitement décrite et argumentée : période de recherche, sources consultées, termes utilisés.

2.2. *Données cliniques et/ou médico-économiques sélectionnées*

Le demandeur sélectionnera ensuite les documents pertinents vis à vis du thème de la demande. La méthode de sélection doit être explicitement décrite et argumentée (critères de sélection utilisés).

Les données cliniques et/ou médico-économiques retenues pour justifier la pertinence de la demande doivent se présenter sous l'un des formats ci-dessous :

- publication ou texte accepté pour publication (attestation fournie) ;
- à défaut, protocole et rapport d'étude ;
- à défaut, résumé, poster ou présentation de congrès international accompagné du protocole de l'étude, exclusivement pour les études déclarées sur ClinicalTrials.gov et dont la fin du suivi date de moins d'un an.

Ces études doivent être fournies *in extenso* (*cf.* Annexe II).

3. **Intérêt de la technologie suggéré par les données disponibles**

Libellé exact de la ou des indication(s) revendiquée(s) Mise en perspective avec les indications du marquage CE, le cas échéant

L'évaluation de l'intérêt de la technologie repose sur l'analyse des critères suivants :

- La pertinence du besoin médical auquel répond la technologie et/ou la pertinence de la réduction des dépenses de santé engendrée par son utilisation ;
- la présentation de la stratégie actuelle de prise en charge et la détermination de la place de la technologie proposée dans cette stratégie ou les modifications de la stratégie susceptibles d'être induites par la technologie ;
- la détermination des risques pour le patient (et pour l'opérateur le cas échéant) liés à son utilisation ;
- la détermination qualitative et quantitative du bénéfice clinique ou de la diminution du coût de la prise en charge à efficacité clinique équivalente suggérés par les données disponibles.

3.1. *Pathologie concernée*

La nature et la gravité de la pathologie en terme de morbi-mortalité (pronostic vital, aiguë/chronique….), de handicap (sévérité, durée, caractère temporaire ou définitif), de qualité de vie, de l'état de santé perçu par le patient et de conséquences médico-sociales.

Si des échelles de mesure quantitative et qualitative ou des classifications validées dans la pathologie sont disponibles, elles seront utilisées préférentiellement.

Caractéristiques des patients concernés par la technologie dans la population française dans l'indication revendiquée : âge, sexe, stade de gravité de la pathologie.

3.2. *Alternatives diagnostiques/pronostiques ou thérapeutiques*

Identification et description des alternatives disponibles pour la prise en charge ou le diagnostic de cette pathologie en routine.

Le demandeur décrira la ou les alternatives ou la ou les approches diagnostiques de référence qui pourraient exister en précisant les limites éventuelles à leur utilisation.

Les alternatives peuvent être un acte, un dispositif médical, un médicament, une prestation, répondant aux mêmes indications que la technologie proposée. Lorsqu'il n'y a pas de moyen diagnostique/pronostique ou thérapeutique, le besoin est alors non couvert.

La place attendue de la technologie dans la stratégie thérapeutique sera positionnée après l'évaluation des données disponibles (*cf.* chapitre 3.5).

3.3. *Risques liés à son utilisation (le cas échéant)*

Sur la base des éléments disponibles, notamment des premières données cliniques disponibles, le demandeur caractérisera qualitativement et quantitativement les risques identifiés auxquels expose la technologie pour le patient et pour l'opérateur, le cas échéant.

Deux types de risques peuvent être rapportés :

- ceux liés directement à la technologie y compris les risques liés à la mauvaise observance du patient ou au mésusage ;
- ceux inhérents à la technique opératoire (notamment l'expérience de l'équipe, le plateau technique et la formation nécessaire…).

3.4. *Bénéfice clinique ou diminution du coût de la prise en charge à efficacité clinique équivalente, suggérés par la technologie par rapport à la technologie de santé de référence*

Le demandeur précisera pour la technologie l'intérêt diagnostique en termes d'amélioration probante du diagnostic et/ou d'utilité clinique (c'est-à-dire du devenir des patients) ou l'effet thérapeutique qui est suggéré par les données des essais cliniques disponibles, en lien avec le besoin médical pertinent revendiqué.

L'argumentation sera fondée sur les données cliniques identifiées. Elle distinguera :

- les données cliniques spécifiques portant sur la technologie ;
- les données cliniques non spécifiques portant sur les versions antérieures de la technologie, le cas échéant. Leur utilisation doit être scientifiquement justifiée (caractéristiques de la technologie faisant l'objet de l'étude par rapport à celle faisant l'objet de la demande).

Le choix des études retenues et leur qualité méthodologique doivent être discutés dans le dossier.

L'extrapolation des données des essais cliniques à la population susceptible d'être traitée par cette technologie devra être justifiée.

Les résultats des études sont analysés par le demandeur : l'analyse reposera sur l'évaluation du critère de jugement principal. Sa pertinence sera justifiée. Les critères de jugement pertinents sont des critères cliniques, de préférence en terme d'effet sur la mortalité/morbidité, la qualité de vie ou la compensation du handicap, et correspondent à ceux préconisés par l'état de l'art. Dans tous les cas, une argumentation sera fournie pour justifier les choix effectués.

L'utilisation de critères intermédiaires exige que ces critères soient eux-mêmes validés scientifiquement comme correspondant à un effet sur la mortalité/ morbidité, la qualité de vie ou la compensation du handicap. Un critère intermédiaire est validé si la littérature fournit la preuve de la corrélation étroite entre ce dernier et un critère clinique robuste.

Outre le critère principal, d'autres critères de jugement secondaires pourront être utilisés.

- le demandeur documentera le bénéfice clinique suggéré par les études cliniques en termes d'utilité diagnostique/pronostique dans la stratégie de prise en charge ou d'effet thérapeutique :

  - le(s) comparateur(s) proposé(s) : un comparateur pertinent peut être la stratégie de référence, ou la stratégie utilisée en routine en l'absence de preuve scientifique, ou l'absence de traitement si le besoin n'est pas couvert ;
  - les critères sur lesquels porte l'amélioration : critères cliniques (mortalité, morbidité, compensation du handicap, réductions des effets indésirables), qualité de vie, contraintes liées à l'environnement de soins si celles-ci apportent un bénéfice clinique pour les patients…
- le demandeur documentera, le cas échéant, la diminution du coût de la prise en charge pour la collectivité avec la technologie par rapport aux comparateurs pertinents ainsi que l'équivalence en termes d'efficacité clinique.

3.5. *Place attendue de la technologie dans la stratégie diagnostique/pronostique ou thérapeutique*

Compte tenu de la prise en charge actuelle de la pathologie et des données cliniques ou médico-économiques fournies, positionner de façon argumentée (avec références bibliographiques) la place attendue de la technologie dans la stratégie thérapeutique ou diagnostique/ pronostique (traitement de 1re, 2e ou nième intention etc.) (*cf.* 3.2).

4. **Identification des données critiques manquantes**

L'intérêt de la technologie aura été caractérisé :

- soit à partir de données cliniques qui suggèrent un bénéfice clinique important par rapport au(x) comparateur(s) pertinent(s) en terme d'effet thérapeutique ou d'utilité d'un diagnostic/ ronostic en lien avec le besoin médical pertinent revendiqué ;
- soit à partir de données cliniques et médico-économiques qui suggèrent une diminution du coût de la prise en charge par rapport au(x) comparateur(s) pertinent(s) pour une efficacité clinique équivalente.

Les données manquantes pour confirmer soit le bénéfice clinique soit la diminution de coûts à efficacité clinique équivalente suggérés par les données cliniques ou médico-économiques disponibles seront identifiées.

Le demandeur précisera la nature de ces données cliniques ou médico-économiques manquantes nécessaires à recueillir pour confirmer sans ambiguïté l'intérêt de la technologie.

Il recensera les autres éventuelles études cliniques ou médico-économiques similaires en cours ou programmées qui pourraient apporter ces données critiques manquantes.

5. **Population cible**

La population cible correspond à la population susceptible de bénéficier de la technologie en France.

Le demandeur devra faire une estimation quantitative et l'argumenter. Il précisera les sources utilisées et le raisonnement suivi.

Dans l'argumentaire, devront être mentionnés :

- le type de données : étude épidémiologique, enquête ou étude observationnelle, suivi de cohorte, base de données, études cliniques etc. ;
- les dates de recueil et de publication de ces données, et leur origine géographique (pays concernés) ;
- les références bibliographiques (documents à fournir en annexe).

À titre indicatif, une liste des sites internet de données épidémiologiques est proposée au sein de la présente annexe.

6. **Impact budgétaire**

6.1. *Proposition de cotation*

Une proposition de cotation (en euros) de l'acte global est formulée par le demandeur. Cette proposition de cotation est accompagnée d'une justification détaillant chacun des coûts conduisant à la proposition de cotation. Il est rappelé que la proposition de cotation doit prendre en considération l'ensemble de l'acte global (phase pré-analytique, analytique, post-analytique, coût des réactifs, temps médical ou paramédical etc.).

Il est rappelé que les coûts de conservation à long terme (cryoconservation, etc.) à visée de recherche n'ont pas pris en compte car non financés par la MERRI « actes HN » et que certains actes de cryoconservations sont d'ores et déjà inscrits à la NABM.

6.2. *Analyse prévisionnelle de l'impact budgétaire*

Une analyse prévisionnelle de l'impact budgétaire de l'inscription de l'acte au RIHN sur 3 ans est réalisée par le demandeur. Cette analyse est basée sur la proposition de cotation revendiquée par le demandeur (*cf.* 6.6) et sur l'estimation de la population cible précédemment estimée (*cf.* 5).

LISTE NON EXHAUSTIVE DE LIENS CONSULTABLES POUR LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE SYSTÉMATISÉE ET LA RECHERCHE DE DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

1. **Sources de données françaises**

Annuaire des associations médicales de France	http://www.associations-medicales.com/
ANSES	www.anses.fr/
ANSM	http://ansm.sante.fr/
Assurance maladie	www.assurance-maladie.fr
ATIH	www.atih.sante.fr
Cedit	http://cedit.aphp.fr/
EFS	www.dondusang.net/rewrite/site/37
FNMF	www.mutualite.fr/
FNORS	www.fnors.org
HAS	www.has-sante.fr
HCSP	www.hcsp.fr/
INCa	www.e-cancer.fr/
INED	www.ined.fr
INESSS	http://www.inesss.qc.ca/
INPES	www.inpes.sante.fr/
INSEE	www.insee.fr
INSERM	www.inserm.fr
InVs	www.invs.sante.fr
IRDES	www.irdes.fr
IRSN	www.irsn.fr/FR/Pages/Home.aspx
Ministère de la santé	www.sante.gouv.fr/dossiers/
Observatoire de médecine générale	http://omg.sfmg.org/
ORPHANET	www.orphanet.infobiogen.fr
Réseau sentinelle France	http://websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/?rub=21

2. **Sources de données internationales**

AETMIS	www.aetmis.gouv.qc.ca/site/accueil.phtml
AHRQ	www.ahrq.gov/http://www.guideline.gov/browse/by organization.aspx?alpha=A
CADTH	www.cadth.ca
CDC	www.cdc.gov/
CMA Infobase	http://mdm.ca/cpgsnew/cpgs/index.asp
Cochrane	www.cochrane.org
CRD databases (base HTA)	http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/
DMDI	www.dimdi.de/static/en/index.html
ECRI INSTITUTE	https://www.ecri.org/Products/Pages/healthcare-standards_directory.

	aspx?sub=Management%20Tools,%20Guidelines,%20Standards,%20and%20Nomenclature
EUROSTAT	http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/
FDA	www.fda.gov
Finotha	http://finohta.stakes.fi/EN/index.htm
HIQA	www.hiqa.ie/
HPA	www.hpa.org.uk/
IARC	www.iarc.fr/
INAHTA	www.inahta.org
IQWIG	www.iqwig.de/index.2.en.html
ISC	http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/Agencia_quees.jsp
KCE	www.kce.fgov.be/index_fr.aspx
MSAC	www.msac.gov.au/
NCI	www.cancer.gov/
NICE	www.nice.org.uk
	http://www.library.nhs.uk/guidelinesfinder/
OECD	www.oecd.org
OEAW	www.oeaw.ac.at/ita/welcome.htm
OMS	www.who.int/fr/
RIVM	www.rivm.nl/en/aboutrivm/what/
SBU	www.sbu.se/en/

3. **Banques de données**

Banque de données en santé publique	www.bdsp.tm.fr
BML	http://www.bmlweb.org/consensus.html
CHU de Rouen	www.chu-rouen.fr
ENCEPP	http://www.encepp.eu/
Medline	www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/
Portail épidémiologie	www.epidemiologie-france.fr

RÈGLES RELATIVES AUX DOCUMENTS ÉLECTRONIQUE DÉPOSÉS SUR LA PLATEFORME INNOVARC

Type de fichier

Les fichiers sont déposés sur la plateforme Innovarc sous les formats suivants :

– format DOC, DOCX, RTF ou ODT pour les textes ;
– format XLS, XLSX ou ODS pour les données chiffrées ;
– format PDF compatibles avec la version 9.0 et au-delà d'Acrobat Reader.

Pour les autres fichiers, les formats suivants sont acceptés :

images : *.jpg, *.gif, *.tip, *.bmp

video : *.avi, *.mpg, *.mpeg, *.wmv, *.flv

Pour compresser ou rassembler les fichiers, le format *.zip est accepté.

Options de protection

Les fichiers ne doivent pas inclure de protection.

Taille des fichiers

La taille de chaque fichier ne doit pas dépasser 5 Mo. Les options de réduction de taille de ces documents doivent systématiquement être utilisées. Si la taille ne peut être réduite en dessous de ce seuil, le fichier doit être fractionné. Les règles de nommage énoncées ci-dessous doivent alors permettre une lecture logique des pièces déposées.

Pour les vidéos, le seuil applicable est de 10 Mo.

Règle de nommage des fichiers et des répertoires

Les noms de fichiers ou de répertoires ne doivent comporter que des lettres majuscules ou minuscules non accentuées et des chiffres. Les espaces, apostrophes ou caractères spéciaux sont à proscrire (par exemple : « ~ », « * », « | », « ' »…) ; l'usage du tiret bas (_) est par contre recommandé pour séparer les mots du nom de fichier ou de répertoires.

Les noms de fichiers ou de répertoires doivent être précédés d'une séquence de deux caractères et d'un tiret bas (_) permettant de maintenir l'ordre logique de lecture.

Exemple :

01_NOM_DU_TEST_Partie_I_Eligibilité

02_NOM_DU_TEST_Partie_II_Description de la technologie

03_NOM_DU_TEST_Partie_II_Identification et sélection des données cliniques et/ou médico-économiques disponibles

04_NOM_DU_TEST_Annexe I

ETC…

Un document peut être fractionné en plusieurs fichiers notamment en raison de sa taille.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
de la performance

Bureau des coopérations
et des contractualisations

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

Bureau plateaux techniques et prises
en charge hospitalières aiguës

Direction générale de la santé

Sous-direction de la santé des populations
et de la prévention des maladies chroniques

Bureau santé des populations

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

NOR : *AFSH1516239J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-115.

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

Résumé : la présente instruction met à disposition des ARS un cahier des charges destiné à actualiser et harmoniser les missions des réseaux de santé en périnatalité et à accompagner leur évolution dans un cadre régional. Elle propose un modèle type de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'ARS et les réseaux de santé en périnatalité et remplace la circulaire du 30 mars 2006.

Mots clés : réseaux de santé – périnatalité – coordination des soins – évaluation – contractualisation.

Références :

Articles L. 6321-1 et 2 et 7 du code de la santé publique ;

Articles L. 162-45 à L. 162-47 du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatologie ou la réanimation néonatale ;

Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatologie ou de réanimation néonatale ;

Arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 ;

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM;

Circulaire DHOS/DGS/02/6c n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la collaboration médico-psychologique en périnatalité;

Instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins: comment faire évoluer les réseaux de santé »;

Plan périnatalité 2005-2007.

Texte abrogé: circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

Annexes:

Annexe 1. – Cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité.

Annexe 2. – Modèle de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Annexe 3. – Composition du groupe de travail.

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

Cette instruction vise à actualiser les missions des réseaux de santé en périnatalité (RSP)[1], conforter leur positionnement à un niveau régional et leur donner des priorités nationales d'action.

I. – AMÉLIORER LA COUVERTURE NATIONALE

Malgré la pertinence reconnue du rôle des RSP, il apparaît que leurs périmètres d'intervention ne couvrent pas l'ensemble du territoire national. Ceci pose question de façon générale sur la coordination des parcours de périnatalité sur ces territoires et interroge sur la réalisation des missions qui sont spécifiquement attribuées aux RSP, telles que l'attribution de numéros d'identifiant aux échographistes participant au dépistage de la trisomie 21[2].

Il est ainsi demandé aux ARS de s'assurer que l'ensemble de leur territoire est bien couvert par un RSP, y compris dans les départements d'outre-mer. Dans ce cadre, il est recommandé de privilégier la création d'un réseau de santé en périnatalité unique au niveau régional comportant éventuellement des antennes locales pour agir au plus près de territoires particuliers (par ex.: zones de montagne) afin de mener une action cohérente, efficiente, sans risque de redondance ou de couverture incomplète[3].

Par ailleurs, il importe qu'au sein du RSP soient associés tous les acteurs locaux concernés par la périnatalité.

II. – ACTUALISER ET HARMONISER LES MISSIONS DES RSP: NOUVEAU CAHIER DES CHARGES

Les missions confiées aux RSP étaient définies par la circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006. Cependant, le bilan de l'activité des réseaux montre que ces missions sont inégalement investies par les RSP. Des réseaux spécifiques ont parfois été créés sur des thématiques périnatales particulières: IVG, femmes enceintes en situation de précarité, suivi des nouveau-nés vulnérables, addictions et grossesse, etc.

Des missions additionnelles leur ont été par ailleurs confiées ponctuellement ou de façon pérenne, soit à l'occasion d'une politique nationale (rôle d'accompagnement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations de la HAS sur les indications des césariennes

[1] *Cf.* circulaire DGOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité.

[2] *Cf.* arrêté du 23 juin 2009 modifié fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21.

[3] La Cour des comptes préconise ainsi dans son rapport sur les maternités remis au Sénat le 21 janvier 2015 de renforcer l'efficacité des RSP et d'opérer certains regroupements dans un souci d'optimisation des moyens financiers dans un contexte contraint.

programmées à terme[4], rôle dans le dépistage prénatal de la trisomie 21, etc.), soit dans le cadre de priorités locales définies par les ARS et traduites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) les associant.

Le nouveau cahier des charges (*cf.* annexe 1), élaboré dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la DGOS[5], redéfinit le socle commun des missions que les réseaux doivent tous remplir, autour des deux priorités suivantes :

– contribuer à la mise en œuvre de la politique nationale et régionale en santé périnatale et apporter son expertise à l'ARS ;
– aider et accompagner les acteurs de l'offre de soins en santé périnatale.

À ce socle s'ajoutent :

– la participation aux priorités nationales d'action en périnatalité (*cf.* III) ;
– en fonction des priorités identifiées par chaque agence régionale de santé, des objectifs supplémentaires intégrés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (*cf.* CPOM type en annexe 2).

Le cahier des charges des réseaux de santé de périnatalité permet, s'il en était besoin, de lever toute ambiguïté entre les missions de ces réseaux régionaux et celles des réseaux de santé territoriaux qui ne répondent pas aux même objectifs et n'ont pas les mêmes missions.

III. – MISSIONNER LES RSP SUR DES PRIORITÉS NATIONALES D'ACTIONS

Outre le respect du cahier des charges en annexe de cette instruction, les réseaux de santé en périnatalité doivent être des acteurs au service des priorités nationales définies dans le domaine de la périnatalité. Leur implication est particulièrement attendue sur les trois objectifs suivants :

1. **Améliorer l'articulation ville-établissement de santé**

Alors que le suivi des grossesses est de plus en plus partagé entre professionnels de ville (libéraux, centres de santé, services de PMI) et maternités, il est essentiel que les RSP contribuent à améliorer l'articulation entre soins de ville et soins hospitaliers afin d'optimiser le parcours de la femme enceinte du pré au post-partum, avec un accompagnement constant, sans redondances ni perte d'information. Pour ce faire, les RSP doivent rassembler l'ensemble des acteurs de la périnatalité, quel que soit leur mode d'exercice, leur proposer des formations communes et des outils partagés.

Pour la mise en œuvre de leur mission de coordination des acteurs, les RSP devront prendre en compte et, le cas échéant, s'articuler avec les coopérations formalisées qui lient les établissements de santé. Cette action devrait notamment permettre de favoriser les retours à domicile dans les meilleures conditions.

2. **Améliorer l'accès à l'IVG**

De même, des améliorations sont attendues dans le parcours de la femme en demande d'interruption volontaire de grossesse (IVG), afin que la coordination des acteurs et l'anticipation des situations difficiles permettent d'assurer une orientation efficace.

L'enjeu est particulièrement important pour les femmes enceintes dont le terme est compris entre 10 et 12 semaines de grossesse, pour lesquelles une procédure d'urgence doit être prévue[6]. Le résultat attendu de ce travail de coordination réalisé par le RSP est qu'une solution de prise en charge soit possible pour toutes les femmes, quel que soit le terme de grossesse[7], sur le territoire de santé où a été formulée la demande.

Un repositionnement volontariste des RSP est donc à opérer, alors qu'ils n'ont pas toujours investi cette mission déjà présente dans le cahier des charges du 30 mars 2006, à l'exception notable de réseaux spécialisés créés dans quelques régions. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens passé avec chaque réseau (*cf.* IV, ci-dessous) doit être l'occasion de définir la stratégie de montée en charge du réseau sur cette thématique.

---

[4] http://www.sante.gouv.fr/l-experimentation-pilote-sur-l-optimisation-de-la-pertinence-des-cesariennes-programmees-a-terme.html

[5] *Cf.* composition en annexe 3.

[6] *Cf.* mesure 4 (« Formalisation d'une procédure pour les IVG entre 10 et 12 semaines de grossesse ») du programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG, présenté le 16 janvier dernier par la ministre.

[7] Dans la limite du délai légal de l'IVG.

3. **Contribuer à réduire les inégalités sociales de santé**

Comme l'a souligné la Cour des comptes en 2012[8], la remobilisation de tous les acteurs intervenant en périnatalité est nécessaire pour améliorer les indicateurs de santé publique (mortalité et morbidité néonatale et maternelle), notamment sur certains territoires et auprès des populations les plus vulnérables.

Les RSP doivent s'emparer de cette thématique, comme le recommande la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) dans son guide « Organisation de la prise en charge et de l'accompagnement des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité »[9]. Il s'agit d'améliorer le parcours de ces femmes qui nécessite l'intervention coordonnée d'acteurs sanitaires et médico-sociaux, les ruptures de soins constituant un risque majeur pour la santé des patientes et de leur(s) enfant(s).

Concernant les enfants vulnérables, l'enjeu de l'implication des réseaux dans la formalisation d'un parcours associant les différents acteurs de la néonatalogie, de la santé de l'enfant et du handicap est double : il s'agit, d'une part, de coordonner les acteurs – tant du secteur sanitaire que des champs médico-social – et social, pour assurer la continuité du suivi, éviter de perdre de vue les enfants concernés, permettre le dépistage et la prise en charge précoce d'incapacités afin d'en diminuer les conséquences. Il s'agit, d'autre part, d'évaluer les pratiques professionnelles, notamment au regard des résultats de santé de court et moyen termes afin de les améliorer.

IV. – CONTRACTUALISATION ET ÉVALUATION DES RÉSEAUX

Chaque ARS, sur la base d'un bilan de l'action de son ou ses réseau(x) de santé en périnatalité, est invitée à réfléchir à une organisation cible qui permette la couverture de l'ensemble du territoire régional et la mobilisation de tous les acteurs concernés, tant établissements de santé que professionnels de ville, services des conseils généraux, établissements sociaux ou médico-sociaux, etc.

Il est demandé aux ARS de contractualiser avec leur(s) réseau(x) afin de définir, par-delà les missions définies dans le cahier des charges national, les priorités d'actions régionales, ainsi que les moyens alloués et les modalités d'évaluation. Afin de garantir que l'ensemble des réseaux interviennent sur un périmètre de missions homogènes, une contractualisation avec l'ARS de type contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), assorti d'indicateurs d'activité et financiers, est exigée pour l'attribution de crédits du fonds d'intervention régional (FIR). Un modèle type de CPOM est proposé en annexe de la présente instruction.

Cette contractualisation avec le RSP doit s'inscrire dans le cadre plus large d'une politique régionale en périnatalité d'autant plus active qu'il existe sur le territoire des zones isolées et/ou défavorisées, ou que la région elle-même est excentrée (*cf.* cas de l'outre-mer).

Par ailleurs, l'attention des ARS est appelée sur l'action des RSP dans le cadre du dépistage de la trisomie 21. En effet, cette action devra être évaluée fin 2016, par chaque ARS, sur la base des recommandations à venir de la HAS en la matière[10] et de l'exhaustivité de la couverture territoriale par les réseaux. La Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) est plus particulièrement chargée de l'harmonisation des pratiques des RSP s'agissant de l'attribution des numéros identifiants aux échographistes, y compris de leur renouvellement.

Une liste d'indicateurs traceurs est annexée au cahier des charges. Le suivi de ces indicateurs traceurs doit permettre de fonder un diagnostic partagé entre l'ARS et le réseau sur la situation périnatale au niveau régional et de mettre en évidence les spécificités régionales à travailler. Pour calculer ces indicateurs traceurs, l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) traite chaque année les données du PMSI nationalement, au niveau régional et par établissement. Ces données sont rendues disponibles à l'attention de la DREES, de la DGOS, des ARS, de la FFRSP et des RSP sur le site SNATIH[11].

*
**

[8] Cour des comptes, « Politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation », février 2012.

[9] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNNSE_2014_Prise_en_charge_et_accompagnement_des__femmes_en_situation_de_precarite_ou_de_vulnerabilite.pdf

[10] Travaux de la HAS en cours sur le contrôle qualité des pratiques des professionnels dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 ; les indicateurs pertinents pour l'évaluation menée par l'ARS seront précisés dès que les recommandations de la HAS seront publiées.

[11] Accès protégé. L'ATIH attribuera sur demande à chaque réseau un identifiant et un mot de passe.

L'action des réseaux de santé en périnatalité est structurante pour la mise en œuvre de la politique régionale de périnatalité. Celle-ci doit s'attacher à améliorer les résultats en matière de santé périnatale qui, selon les dernières données disponibles, apparaissent décevants au regard des enjeux qu'ils emportent. L'actualisation et l'harmonisation des missions des RSP constituent un signal fort adressé à l'ensemble des professionnels intervenant dans le domaine de la périnatalité, quel que soit le cadre de leur exercice.

Nous vous remercions de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de ses annexes auprès de l'ensemble des acteurs concernés.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

CAHIER DES CHARGES DES RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Missions des réseaux de santé en périnatalité (RSP)

Définitions

La périnatalité fait référence à l'ensemble des processus qui précèdent, qui sont concomitants et qui suivent immédiatement la naissance. Entrent dans ce champ l'accès à la contraception, le désir d'enfant, la conception, le diagnostic anténatal, la grossesse quelles qu'en soient la durée et l'issue, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement, le choix des parents relatifs à la naissance, l'accueil du nouveau-né, l'allaitement, le dépistage néonatal, l'établissement des premiers liens, les premiers mois de vie du nourrisson.

Cette définition fait intervenir de nombreux acteurs qui ont vocation à adhérer au réseau de santé en périnatalité :

- les professionnels de la santé intervenant dans le champ de la santé des femmes, du diagnostic prénatal et des jeunes enfants et leurs représentants (ordres professionnels, URPS, etc.) ;
- les établissements de santé publics et privés (notamment autorisés aux activités d'obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale, réanimation, urgences, diagnostic prénatal, assistance médicale à la procréation, psychiatrie), les établissements médico-sociaux (notamment CAMSP) et les services sociaux ;
- les services du conseil général (PMI et ASE), les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF), les établissements d'information, de consultation et de conseil familial (EICCF) ;
- le secteur associatif, notamment les associations régionales de dépistage néonatal, les associations œuvrant auprès des publics en situation de précarité ou souffrant d'addictions, les associations d'aide à la personne, etc. ;
- les usagers et leurs représentants.

Un réseau de santé en périnatalité est une structure de coordination, d'appui, d'évaluation et d'expertise médicale exerçant des missions dans le champ de la santé périnatale, en amont et en aval de la naissance. En ce qui concerne les enfants vulnérables, il assure ces missions au-delà de la période périnatale, au cours des premiers mois ou années de vie selon les cas, jusqu'à l'âge de 6 ans au maximum. À ce titre, il associe également les professionnels intervenant dans le champ de la santé de l'enfant au sens large et du handicap.

Il intervient sur l'ensemble du territoire régional et peut compter localement, lorsqu'une situation particulière le justifie (important bassin de population, zone d'accès difficile…), des antennes territoriales.

Il a pour objectifs :

- d'assurer une cohérence et une synergie renforcées des interventions dans le champ périnatal et de promouvoir la sécurité des soins et la qualité de la prise en charge pour chaque femme et chaque nourrisson sur le territoire régional ;
- d'assurer la cohérence et la qualité du suivi spécifique des enfants vulnérables.

Partenaire de l'ARS, il contribue à la mise en œuvre de la politique régionale en santé périnatale, y compris en faveur des enfants vulnérables. Il exerce ses missions à la fois auprès de l'ARS et de l'ensemble des acteurs intervenant en santé périnatale sur le territoire régional.

Missions

Dans un objectif d'amélioration et de renforcement de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en périnatalité, deux grands corps de missions caractérisent les réseaux de santé en périnatalité :

I. – CONTRIBUER À LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE NATIONALE ET RÉGIONALE EN SANTÉ PÉRINATALE ET APPORTER SON EXPERTISE À L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ (ARS)

Le réseau est un interlocuteur essentiel de l'ARS pour la mise en œuvre de la politique périnatale définie. Il offre un appui à cette dernière :

1. En organisant des parcours de soins adaptés aux enjeux nationaux et régionaux

Organisation de la réponse aux demandes d'IVG

En lien avec l'ARS et les acteurs locaux, le réseau élabore et assure la déclinaison locale des parcours de soins, pour les femmes en demande d'IVG :

Une attention particulière doit être apportée aux demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse. Une étude récente[1] effectuée à la demande du ministère de la santé a en effet montré que les femmes dans cette situation avaient de grandes difficultés pour trouver une réponse adaptée à leur besoin. Une amélioration du service rendu est donc indispensable.

C'est pourquoi il est attendu des RSP qu'ils définissent un protocole, appelé « protocole régional d'urgence pour la prise en charge des demandes d'IVG des femmes entre 10 et 12 semaines de grossesse » qui permettent d'améliorer la réponse aux besoins identifiés sur les territoires. Plusieurs principes doivent guider l'élaboration de ce protocole :

- l'ensemble de la région doit être couverte par un protocole ;
- le protocole est élaboré en concertation avec l'ensemble des acteurs territoriaux, dont les professionnels de santé, les représentants des usagers et les associations intervenant dans le champ des droits sexuels et reproductifs ;
- les territoires d'application du protocole tiennent compte de la configuration de l'offre comme des données socio-démographiques et des retours d'expérience qui peuvent être connus soit par les professionnels, soit par les échanges avec les représentants des usagers ;
- le protocole doit prévoir l'amélioration de l'offre IVG entre 10 et 12 semaines permettant de couvrir l'ensemble des besoins ;
- il formalise le circuit de prise en charge des femmes ;
- il identifie un contact téléphonique de référence pour les femmes et les professionnels de santé chargés de les orienter ;
- il assure la pérennité de l'organisation mise en place tout au long de l'année, y compris durant les périodes estivales ;
- il définit des actions d'information et d'accompagnement à destination des femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ;
- il détermine des actions de sensibilisation et de formation des professionnels concernés ;
- il prévoit les modalités d'évaluation des organisations mises en œuvre : nombre de femmes prises en charge, délais de la réponse, événements indésirables, plaintes.

Le réseau veille à la diffusion de l'information sur le protocole ainsi établi. Il organise au moins deux fois par an une réunion d'échange à partir des évaluations recueillies.

En lien avec l'ARS, le réseau élabore et assure la déclinaison locale des parcours de soins identifiés par la HAS[2]*, en fonction de l'offre de soins locale, pour les autres situations :*

- femmes lorsqu'un diagnostic prénatal est nécessaire (en lien avec le centre de diagnostic prénatal) ;
- femmes présentant une grossesse, un accouchement et un post-partum physiologiques[3] ;
- femmes présentant des risques obstétricaux et/ou fœtaux identifiés ;
- femmes en situation de handicap ou souffrant de maladies chroniques ;
- femmes présentant une/des addictions ;
- femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité ;
- transferts maternels (*in utero* et post-partum) et néonataux (en lien le SAMU et la cellule d'orientation lorsqu'elle existe) ;
- femmes présentant un risque de développer un trouble de l'attachement avec son enfant ;
- nouveau-nés dont l'état de santé nécessite une réhospitalisation (ex. : ictère grave) ;
- enfants vulnérables au-delà de la période périnatale lorsque leur état de santé ou leur handicap le justifie, dans la limite de 6 ans ;
- autres thématiques identifiées localement.

De même, le réseau contribue aux parcours de transition pour :

- les nouveau-nés dont l'état de santé ou le handicap nécessite des dépistages, un diagnostic et un suivi coordonné (notamment en cas de prématurité, de cardiopathie congénitale, de syndrome d'alcoolisation fœtale, de trisomie 21, de syndrome malformatif, etc.) ;

[1] Enquête sur les délais d'attente pour un rendez-vous d'IVG, juillet 2014, société BVA.

[2] Travaux en cours.

[3] Il s'agit notamment d'orienter les demandes d'inscription des femmes présentant une grossesse physiologique en fonction de leur lieu de domiciliation, les maternités de type 3 constituant pour ce profil de femmes une offre de proximité.

– les enfants dépistés sourds;
– les autres thématiques identifiées localement.

Pour ce faire, il identifie les ressources locales disponibles (annuaires), définit les critères d'inclusion et d'orientation, ainsi que les parcours types.

Des outils de partage d'information et des modèles de conventions pourront également être proposés par le réseau à l'ARS et aux acteurs de l'offre de soins pour organiser et fluidifier le parcours de soins.

→ Indicateurs: nombre de documents produits ou actualisés dans l'année décrivant les parcours de santé adaptés, part des nouveau-nés nés dans une structure adaptée.

Nombre de protocoles de prise en charge des IVG dites tardives.

2. En contribuant à l'animation de la politique nationale et régionale en santé périnatale

Il mobilise les acteurs locaux de la périnatalité, tant du secteur ambulatoire que du secteur hospitalier sur des sujets identifiés par les autorités sanitaires (ex.: dépistage de la luxation congénitale de la hanche, codage PMSI des mort-nés, mise en œuvre de nouvelles recommandations, etc.) en organisant des réunions régionales d'information, de partage et de retour d'expérience.

→ Indicateur: nombre d'actions impliquant les professionnels du secteur ambulatoire.

3. En apportant son expertise à l'ARS

Le réseau assure, notamment auprès de l'ARS, une mission de veille et d'alerte en lien avec l'InVS. Ainsi, il anticipe et signale les fragilités de l'offre (difficulté d'accès aux soins, départ d'un médecin, etc.). Il signale à l'ARS les dysfonctionnements graves et les EIG dont il a connaissance.

Il apporte également une contribution de terrain aux réflexions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du volet périnatalité du SROS-PRS.

→ Indicateur: nombre annuel d'accouchements survenus de manière inopinée hors établissement.

II. – AIDER ET ACCOMPAGNER LES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS EN SANTÉ PÉRINATALE

1. En offrant un appui méthodologique aux acteurs locaux de la périnatalité en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge sur le territoire

Le réseau intervient en appui, soit pour mieux coordonner l'action des différents partenaires, notamment entre secteur ambulatoire et secteur d'hospitalisation, soit à la demande de l'un de ses membres pour améliorer un fonctionnement interne.

Amélioration de la coordination entre les acteurs

Cette coordination repose sur les échanges, analyses et travaux menés de concert entre établissements de santé (publics et privés), secteur de ville (libéraux, PMI, centres de santé, etc.) et secteur associatif concerné. Le réseau:

– apporte une aide méthodologique notamment pour:
  – l'organisation de staffs de « parentalité/périnatalité »;
  – l'organisation des sorties de maternité en lien avec le secteur ambulatoire, le secteur associatif, etc;
  – l'organisation de revues de morbidité/mortalité (RMM) dans l'ensemble du champ considéré;
  – l'organisation du recueil des indicateurs auprès des maternités et des services de néonatologie;
  – la mise en œuvre d'un dossier commun obstétrico-pédiatrique, et notamment la mise en œuvre de dossiers communs informatisés;
  – le suivi à long terme des enfants vulnérables: dépistage des déficiences et organisation de la prise en charge précoce en lien avec les secteurs pédiatrique libéral et hospitalier et le secteur médico-social (PMI, CAMSP, etc.);
  – tout autre sujet identifié localement;
– analyse les dysfonctionnements dans la coordination des acteurs et participe à l'élaboration de mesures correctives, notamment en ce qui concerne:
  – les difficultés de prise en charge des IVG, notamment lorsque le terme est compris entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée;
  – les difficultés identifiées dans le cadre des transferts/retransferts maternels et néonataux;

– propose des outils de partage d'information (dossier commun, fiches de liaison, site Internet, etc.) et des modèles de convention type (établissement de santé/sage-femme libérale par exemple), des supports facilitant la coordination des acteurs en matière d'IVG (acteurs établissements de santé/hors établissements de santé).

→ Indicateurs : nombre de transferts *in utero*, néonataux et retransferts réalisés dans l'année.

Proportion de naissances « out-born » (en dehors des types de soins correspondant à la gravité des soins néonatals).

Nombre d'enfants vulnérables dont le suivi est coordonné par le réseau.

Nombre de revues de morbidité-mortalité (RMM) réalisées et nombre d'actions correctives proposées.

Nombre d'établissements de santé publics et privés ayant mis en place une organisation pour accompagner la sortie de maternité de toute femme.

Amélioration de l'organisation interne d'une structure

Apporte une aide méthodologique notamment pour :

– améliorer le recueil des indicateurs traceurs du tableau de bord, joint en annexe ;
– déclarer les événements indésirables graves (EIG), en lien avec l'InVS ;
– accompagner la mise en place une filière physiologique au sein d'une maternité (*cf.* document de la Commission nationale de la naissance[4]) ;
– soutenir et accompagner l'allaitement maternel, en lien avec le(s) lactarium(s) ;
– organiser et soutenir les revues de morbidité-mortalité (RMM) avec décision et suivi des améliorations de pratiques à mettre en place.

Apporte une aide opérationnelle pour la préparation de la prise en charge des situations d'urgence, par exemple par séances de simulation (notamment : prise en charge d'une hémorragie du post-partum, conduite d'une réanimation du nouveau-né en salle de naissance).

Élabore et actualise les procédures sur la base de l'analyse des pratiques : notamment pour la prévention et la prise en charge des hémorragies de la délivrance, les césariennes programmées à terme, les transferts maternels et néonatals, y compris en urgence, etc.

→ Indicateur : nombre d'opérations d'appui réalisées dans l'année, liste des thématiques abordées dans le cadre de ces opérations d'appui, nombre de demi-journées d'ETP mobilisées pour réaliser les opérations d'appui (temps de préparation et d'intervention).

2. **En formant les professionnels de la santé périnatale**

Organisme de formation, le réseau peut devenir organisme de DPC[5]. Grâce aux méthodes d'analyse des pratiques validées par la HAS[6] et dans le cadre des orientations nationales du DPC[7], il peut contribuer à ou proposer en tant qu'organisme de DPC des programmes de DPC collectifs annuels ou pluriannuels en associant deux activités :

– l'analyse des pratiques professionnelles ;
– l'acquisition ou le perfectionnement des connaissances et des compétences des professionnels de santé en périnatalité, dans une perspective de mise en œuvre des recommandations des bonnes pratiques de soins.

Les formations et programmes de DPC proposés par le réseau prennent en compte l'offre et l'organisation régionale, en particulier pour la prise en charge d'aval.

Ils portent notamment sur les thématiques suivantes :

– entretien prénatal précoce ;
– dépistages néonatals en particulier le dépistage néonatal de la surdité, en lien le cas échéant avec l'association régionale de dépistage néonatal ;
– amélioration des pratiques professionnelles (hémorragie du post-partum, grossesses gémellaires, pertes de grossesse, utérus cicatriciels, épisiotomies, analyse du rythme cardiaque fœtal, asphyxie per-partum, retard de croissance intra-utérin, réanimation du nouveau-né en salle de naissance, allaitement maternel, etc.) ;
– dépistage et prise en charge des femmes et des nouveau-nés en situation de vulnérabilité ;

[4] http://www.sante.gouv.fr/suivi-et-accompagnement-des-grossesses-physiologiques-par-les-maternites.html.

[5] *Cf.* arrêté du 12 décembre 2012 relatif à la composition du dossier de demande d'enregistrement en qualité d'organisme de développement professionnel continu et du dossier d'évaluation prévus aux articles R. 4021-23 et R. 4021-24 du code de la santé publique et les informations sur cette procédure sur le site de l'OGDPC : https://www.ogdpc.fr/

[6] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf.

[7] Arrêté du 26 février 2013 fixant la liste des orientations nationales du DPC des professionnels de santé pour l'année 2013.

– contraception ;
– interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse ;
– autres thèmes correspondant à des priorités régionales identifiées par l'ARS.

→ Indicateur : nombre de professionnels (par profession et secteur d'activité) ayant participé dans l'année à des activités (formations cognitives et analyse de pratiques) validantes, organisées par le réseau, par thème de formation.

3. **En diffusant des informations ascendantes et descendantes**

Le réseau contribue à la diffusion d'informations, tant de façon ascendante (des secteurs de soins et de prise en charge aux autorités sanitaires), que descendante (à l'intention des professionnels et du grand public) :

Informations ascendantes vers les autorités sanitaires

– participe au recueil et à l'analyse des déterminants régionaux en matière de santé périnatale, en lien avec l'ARS et les structures compétentes, en particulier l'observatoire régional de santé (ORS) et les cellules de l'InVS en région (CIRE) ;
– identifie les organisations innovantes et reproductibles et les signale à l'ARS et à la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) ;
– identifie les ressources disponibles pour la prise en charge des IVG (notamment celles pour lesquelles le terme est compris entre 12 et 14 semaines d'aménorrhée), la prise en charge sécurisée des femmes enceintes et des nouveau-nés et le suivi des enfants vulnérables ;
– recense et transmet à la FFRSP et aux sociétés savantes concernées les besoins en recommandations de bonne pratique.

→ Indicateur : production, éventuellement en lien avec les ORS, d'une note d'analyse annuelle de la situation périnatale de la région incluant les indicateurs traceurs figurant dans le tableau de bord joint en annexe.

Informations descendantes à l'intention des professionnels, des structures et des usagers

– informe les professionnels et les structures :
  – participe à la diffusion et la mise en œuvre des recommandations émanant de la HAS, des sociétés savantes, ou des référentiels internationaux, des préconisations régionales ou locales ;
  – promeut, facilite et accompagne l'utilisation d'outils de coordination :
    – l'entretien prénatal précoce[8], en tant qu'il permet aux professionnels de travailler en collaboration pour organiser une prise en charge coordonnée précoce des femmes enceintes présentant une situation de vulnérabilité ;
    – la mise en œuvre de collaborations médico-psychologiques associant les professionnels des secteurs hospitaliers public et privé, du secteur ambulatoire, des services du conseil général (PMI et ASE), le secteur médico-social ;
    – les documents de suivi de la grossesse (carnet de santé maternité, dossier médical, etc.) ou de l'enfant (carnet de santé de l'enfant) ;
    – les protocoles et outils conçus par le réseau (par exemple concernant la prise en charge coordonnée des femmes présentant des addictions, l'accompagnement de l'allaitement maternel ou des femmes souhaitant recourir à une IVG) ;
  – élabore, met à jour et met à la disposition des professionnels de périnatalité et de tout établissement de santé susceptible de recevoir les femmes enceintes et les nouveau-nés (notamment les services d'urgence), un annuaire des ressources locales.

→ Indicateurs : taux d'EPP réalisés chaque année et statut des professionnels à l'aide d'enquêtes *ad hoc* ou de relevé systématique.

Liste des nouveaux outils et supports destinés aux professionnels ou aux femmes enceintes créés dans l'année.

[8] *Cf.* circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité (http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-08/a0080026.htm) et recommandations professionnelles HAS « Préparation à la naissance et à la parentalité », novembre 2005 (http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_269939).

Nombre d'audits cliniques mesurant l'appropriation des recommandations qui ont été accompagnés par le réseau dans l'année.

– informe les femmes, les couples et les usagers du système de santé :
  – en diffusant des informations grand public (entretien prénatal précoce, allaitement maternel, organisation de la sortie de maternité, etc.), en adaptant éventuellement le contenu au contexte local ;
  – en élaborant, mettant à jour et diffusant des annuaires des ressources locales incluant l'offre relative à l'accès de femmes souffrant de handicaps ;
  – en participant à l'information des couples sur les parcours de soins (grossesse physiologique ou grossesse pathologique/à risque) ;
  – en informant les femmes et les couples de l'organisation en réseau des professionnels de la périnatalité, avec en particulier les orientations en fonction du risque et de la prise en charge graduée.

→ Indicateur : production ou mise à jour annuelle d'un ou plusieurs annuaires, documents d'information auprès des professionnels et des usagers.

Organisation générale

Chaque RSP doit remplir l'intégralité des missions ci-dessus définies. Cependant, sur la base d'un diagnostic partagé faisant apparaître des spécificités locales, des priorités d'action régionales peuvent être définies avec l'ARS. Elles sont traduites dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec le directeur général de l'ARS. Le CPOM définit des objectifs précis, associés d'indicateurs dont la disponibilité est vérifiée. Les indicateurs proposés au sein du présent cahier des charges peuvent être adaptés, notamment en fonction des priorités régionales et des systèmes d'information disponibles localement.

Conformément à l'article D.6321-7 du code de la santé publique : « Chaque année avant le 1er mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants qui leur ont accordé les financements [...] un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant. Ce rapport précise notamment les résultats obtenus au regard du CPOM conclu entre le réseau et l'ARS ».

Des indicateurs traceurs ont été par ailleurs définis par la FFRSP et seront calculés chaque année par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH). Le suivi de ces indicateurs traceurs permet de fonder un diagnostic partagé de la situation périnatale régionale et de mettre en évidence les spécificités régionales à travailler. Ces indicateurs sont listés ci-après.

Tableau de bord : liste minimale d'indicateurs traceurs communs[9] suivis dans le cadre du pilotage du réseau

1. Accouchements multiples
2. Âge maternel
3. Prématurité
4. Faible poids de naissance
5. Mortinatalité
6. Mortalité néonatale
7. Mortalité périnatale
8. Mode d'accouchement
9. Conformité du lieu de naissance des nouveau-nés nés (naissance dans le « bon niveau » ou « in born »)
10. Hémorragies du post-partum : actes marqueurs
11. Transferts maternels (TIU et TPP)
12. Transferts néonatals
13. Présentation du nouveau-né

Source : pour tous les indicateurs, la source est le PMSI.

[9] Indicateurs de santé périnatale communs aux réseaux de santé en périnatalité : document de la Fédération française des réseaux de santé en périnatalité.

ANNEXE 2

MODÈLE DE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS (CPOM)

PROPOSITION DE MODÈLE TYPE DE CPOM – RÉSEAUX DE SANTÉ EN PÉRINATALITÉ

Le modèle type de CPOM proposé ci-dessous est susceptible d'adaptation en fonction de l'organisation propre à chaque région.

Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2015-2017

Entre

L'agence régionale de santé de XXXXXXX

Et

Le réseau XXXXXXXXXXX,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-3, L. 6114-1, R. 1435-30 et R. 1435-31, D. 6114-11 à D. 6114-16, R. 6114-17, D. 6321-1 à D. 6321-7 et R. 6123-52 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-45 ;

Vu l'instruction n° XXX du XXX 2015 relative aux missions des réseaux de santé en périnatalité ;

Vu le projet régional de santé (PRS) défini à l'article L. 1434-1 du code la santé publique, notamment le plan stratégique régional de santé (PSRS) défini à l'article L. 1434-2, le schéma régional de prévention défini à l'article L. 1434-5 et le schéma régional d'organisation des soins (SROS), défini aux articles L. 1434-7 et L. 1434-9 ;

Vu la convention constitutive et la charte du réseau ;

Il a été expressément convenu ce qui suit :

TITRE 1

OBJET DU CONTRAT

Article 1er

Les fondements

Le réseau de santé en périnatalité répond à l'ensemble des missions telles que définies dans l'instruction n° XX du XX 2015.

Le contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations régionales arrêtées par le directeur général de l'ARS.

Article 2

Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques destinées à améliorer et à renforcer la qualité et la sécurité de la prise en charge en périnatalité, retenues au terme de la négociation, sont :

Exemple 1 : Organiser et favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants en situation de vulnérabilité.

Les modalités de leur réalisation sont déclinées dans les annexes du présent contrat qui sont opposables.

TITRE 2

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Article 3

Le suivi du contrat

a) La revue annuelle

Le contrat fait l'objet d'une revue annuelle.

Celle-ci a pour objet :

– l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des orientations stratégiques prévues au contrat à l'année *n* – 1 ;
– l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat ;
– l'analyse des perspectives pour l'année *n,* et les années à venir ;

– la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4;
– la détermination, le cas échéant, des sanctions prévues à l'article 6.

L'examen contradictoire est mené sur la base du rapport annuel d'étape visé à l'article D. 6114-16 du code de la santé publique, produit par le réseau au plus tard un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de l'année *n* – 1 du contrat. Ce rapport comprend le rapport d'activité visé à l'article D. 6321-7 du code de la santé publique.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion.

L'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) rend disponible chaque année sur son site SNATIH[1] les indicateurs traceurs prévus par le cahier des charges des réseaux de santé en périnatalité. Si le contrat prévoit le suivi d'indicateurs complémentaires, l'ARS fournit au réseau les moyens de leur calcul, notamment le cas échéant par un accès aux données régionales du PMSI.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-16 du code de la santé publique, le réseau transmet, au moment de sa demande de renouvellement du contrat, un rapport final d'exécution.

Article 4

La révision du contrat

À la demande de la structure ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant:
– pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de la structure, de l'offre de soins régionale ou des missions qui lui sont confiées dans le cadre du cahier des charges défini au niveau national;
– pour réviser le contenu des objectifs et des actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales;
– pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat.

Article 5

Les sanctions en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat

L'article R. 6114-17 du code de la santé publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution partielle ou totale des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements mentionnés en annexe 1 du présent contrat.

Article 6

La résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié dans les conditions fixées par l'article R. 6114-17 du code de la santé publique.

Article 7

Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de …… ans.

Il prendra effet à compter du XXXX.

Fait à XXXXX, le XXXXX.

Signatures :

Le directeur général de l'ARS *Le président du réseau*

L'administrateur du réseau

[1] Accès protégé. L'ATIH attribue sur demande à chaque réseau un identifiant et un mot de passe.

ANNEXE 1

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES, OBJECTIFS OPÉRATIONNELS, ACTIONS ET INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Cette annexe détermine la contribution du réseau de santé en périnatalité à l'atteinte des objectifs du PRS sur l'ensemble du territoire régional. Elle permet de formaliser les orientations stratégiques sélectionnées par l'ARS.

Pour chacune des orientations stratégiques retenues au terme de la négociation du contrat, elle définit les actions suivies dans le cadre du présent contrat, soit selon les cas :

1. Sur la mission d'aide et d'accompagnement des acteurs de l'offre de soins en santé périnatale :
   - les modalités de diffusion des informations ;
   - les modalités de formation des professionnels de la santé périnatale ;
   - les modalités d'appui méthodologique aux acteurs locaux en matière d'organisation, de coordination et d'évaluation de la prise en charge des populations cibles sur le territoire ;
   - les indicateurs associés à cette mission de coordination et d'appui aux acteurs de la périnatalité.

2. Sur la mission d'expertise à l'ARS et de contribution à la mise en œuvre de la politique régionale en santé périnatale :
   - les modalités d'organisation des parcours de soins adaptés aux enjeux régionaux ;
   - les modalités de contribution à l'animation de la politique régionale en santé périnatale ;
   - les modalités d'apport par le réseau d'une expertise à l'ARS.

Il est entendu que les réseaux de santé en périnatalité doivent tous répondre à l'ensemble des missions telles que définies dans l'instruction n° XX du XX, et intervenir sur l'ensemble du territoire régional.

Dans le présent CPOM, ne seront spécifiées que les orientations stratégiques retenues dans le cadre du présent contrat et leur déclinaison en objectifs opérationnels pour lesquels des évolutions/actions spécifiques sont en cours ou attendues du réseau concerné.

ORIENTATIONS stratégiques	OBJECTIFS OPÉRATIONNELS	ACTIONS	INDICATEURS DE SUIVI et d'évaluation
Exemple : Organiser et favoriser le repérage et la prise en charge des femmes et des enfants présentant une situation de vulnérabilité.	Exemple : Mobiliser les professionnels de santé sur le territoire du réseau.	Exemple : Organiser des formations à l'entretien prénatal précoce s'inscrivant dans un cadre de collaboration pluridisciplinaire.	Exemple : Nombre de sessions de formation. Nombre et statut des professionnels formés (dont professionnels libéraux, de services de PMI).
		Organiser des formations pluridisciplinaires sur la problématique addictions et grossesse.	Nombre de sessions de formation. Nombre et statut des professionnels formés (dont professionnels libéraux, de services de PMI).
	Inciter au travail pluridisciplinaire et pluri-institutionnel pour décloisonner les interventions des professionnels de santé afin de coordonner la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés.	Promouvoir des formations, des rencontres et des revues de morbi-mortalité pluridisciplinaires et pluri-institutionnelles.	Nombre de réunions, de RMM organisées. Nombre de nouvelles structures concernées par ce travail pluridisciplinaire.

Annexe 2

Financement

Cette annexe a pour vocation de tracer l'ensemble des financements consentis au réseau, y compris s'agissant de prestations dérogatoires. Les financements prévisionnels peuvent y être décrits afin de donner une visibilité aux gestionnaires, mais les engagements de l'ARS seront pris sous réserve de l'annualité budgétaire. Une décision attributive de financement détermine annuellement les sommes à verser au titre de l'exercice.

SOURCES DE FINANCEMENT	MONTANT				
	2015	2016	2017	2018	2019

Annexe 3

Annexe documentaire

Cette annexe non opposable a pour vocation de lister l'ensemble des documents stratégiques existants :

La convention constitutive du réseau (art. D. 6321-5 du CSP).

Le dossier « promoteur » (art. D. 6321-6 du CSP).

Les autres engagements conventionnels pris par le réseau.

ANNEXE 3

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Laurence ABRAHAM	Réseau périnatal des deux Savoies
Julie BARROIS	DGOS/R3
Naïma BARRY	DGOS/PF3
Anne-Marie de BELLEVILLE	ARS d'Aquitaine
Chantal BIRMAN	ANSFL
Bernard BRANGER	FFRSP
Edwige CONTE	Service PMI du conseil général des Yvelines
Gisèle CRIBALLET	FFRSP
Emmanuelle HEDOUIN	DGOS/PF3
Olivier JOSEPH	ARS de Bretagne
Béatrice LE NIR	FFRSP
Michèle MARCOT	Réseau Périnat-Sud (PACA)
Nicole MATET	DGS/MC1
Catherine PACLOT	DGS/MC1
Francis PUECH	Président de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE)
Yasmine SAMMOUR	DGOS/PF3
Evelyne SATONNET	DGOS/PF3

Personnes consultées :

Béatrice BOISSEAU-MERIEAU	DGS/MC1
Anne-Gaëlle DANIEL	ARS Île-de-France
Suzanne SCHEIDEGGER	DGS/PP4

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Organisation

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de la santé

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

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

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Instruction DGS/PP3/DGOS/PF2 n° 2015-224 du 17 juillet 2015 relative à l'interdiction de l'utilisation des tubulures comportant du DEHP dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité

NOR : *AFSP1515971J*

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-113.

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 vise à informer les établissements de santé sur les évolutions législative et réglementaire concernant l'interdiction de l'utilisation des tubulures comportant du DEHP dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité et sur les mesures à mettre en œuvre dans ce cadre.

Mots clés : dispositifs médicaux – tubulures – phtalates – Di(2-éthylhexyl)phtalate [DEHP] – pédiatrie – néonatologie – maternité.

Référence : article L. 5214-1 du code de la santé publique.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information et transmission); Mesdames et Messieurs les directeurs d'Établissement de santé (pour attribution).

La loi du 24 décembre 2012, visant à interdire le bisphénol A dans les contenants alimentaires, a prévu dans son article 3, l'interdiction de l'utilisation des tubulures comportant du DEHP dans les services de pédiatrie, de néonatalogie et de maternité à compter du 1er juillet 2015[1].

[1] Le titre Ier du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :
« CHAPITRE IV
« Interdiction de certains matériaux dans les dispositifs médicaux
« Art. L. 5214-1. – À compter du 1er juillet 2015, l'utilisation de tubulures comportant du di-(2-éthylhexyl) phtalate est interdite dans les services de pédiatrie, de néonatologie et de maternité. »

Depuis l'adoption de cette loi, des difficultés précises de substitutions ont été identifiées et pourraient ainsi survenir pour de nombreux dispositifs comme des sets de circulation extracorporelle (pour la chirurgie cardiaque ou l'oxygénation extracorporelle sur membrane [ECMO]), des sets d'hémaphérèse ainsi que des sondes, tubes et raccords intervenant dans l'assistance respiratoire (en anesthésie comme en réanimation) ou l'oxygénothérapie.

Au regard de ces difficultés et afin de garantir la continuité des soins, un amendement a été adopté lors de l'examen à l'Assemblée nationale du projet de loi relatif à la modernisation de notre système de santé. Cet amendement vise à aménager les conditions d'entrée en vigueur de l'interdiction d'utilisation prévue à l'article L. 5214-1 du code de la santé publique et à définir par arrêté le seuil de DEHP en dessous duquel un dispositif médical peut être utilisé dans l'attente de l'arrivée sur le marché de nouveaux DM sans DEHP.

Dès avant l'entrée en vigueur de l'arrêté mentionné plus haut, en l'absence de solution thérapeutique alternative, les établissements de santé devront en tout état de cause délivrer les soins indispensables requis par les patients pour ne pas faire obstacle à l'accomplissement de leurs missions telles que prévues à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique

En ce cas, ils sont invités, en l'attente de la publication de l'arrêté à privilégier les tubulures comportant la concentration en DEHP la plus faible possible.

Toute difficulté dans la mise en œuvre des dispositions de l'article L. 5214-1 du code de la santé publique sera signalée aux directions générales de la santé et de l'offre de soins.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
Pr B. Vallet

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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

Département méthodes
et systèmes d'information

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau du premiers recours

Instruction DREES/DMSI/DGOS/R2 n° 2015-240 du 21 juillet 2015 relative à l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR dans les systèmes d'information FINESS et ARHGOS dans le cadre de l'accès aux soins urgents et dans celui de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence prévue en 2016 qui s'appuie sur les données de la statistique annuelle des établissements (SAE)

NOR : *AFSE1517684J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-114.

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

Résumé : afin d'améliorer la connaissance de l'accès aux soins urgents et dans le cadre de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence prévue en 2016, la présente instruction précise les règles d'enregistrement des SMUR et antennes de SMUR dans le répertoire FINESS et dans ARHGOS ainsi que les modalités de reclassement des enregistrements existants.

Mots clés : structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) – antenne de la structure mobile d'urgence et de réanimation (antenne de SMUR) – autorisation ARHGOS – fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) – réactualisation – mise à jour – reclassement – ARHGOS – statistique annuelle des établissements de santé (SAE) – financement – accès aux soins urgents en moins de trente minutes.

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles R. 6123-1 à R. 6123-5, R. 6123-14 à R. 6123-17 et D. 6124-12 à D. 6124-16.

Circulaire DGOS/USID/R3/DREES n° 2013-196 du 14 mai 2013 relative à la modification de la nomenclature des activités de soins.

Annexes :

Annexe 1. – Constat de la situation actuelle dans les SI FINESS et ARHGOS.

Annexe 2. – Modalités de mise en œuvre de l'instruction.

Annexe 3. – Fiche technique.

Annexe 4. – Exemples de mise en œuvre.

Annexe 5. – Tableau (à remplir) des implantations de SMUR et antennes SMUR.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames les directrices générales et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Monsieur le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (pour information).

La qualité et l'exhaustivité des données concernant les SMUR sont nécessaires dans le cadre de l'évaluation des politiques publiques concernant l'accès aux soins urgents et dans le cadre de la réforme du financement des activités de médecine d'urgence prévue en 2016.

En vue d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données concernées au sein des systèmes d'information (SI) FINESS et ARHGOS, cette instruction a pour objet :

– d'une part, de formaliser et d'homogénéiser les règles d'enregistrement des activités de SMUR et antenne SMUR dans ARHGOS et des implantations qui les hébergent dans FINESS ;
– d'autre part, d'améliorer la qualité des informations déjà enregistrées et d'ajouter celles qui sont manquantes.

Elle a également pour objet de demander aux ARS de transmettre à la DGOS un état des lieux exhaustif à la date du 30 septembre des implantations géographiques SMUR et antennes de SMUR, enrichi de données relatives aux nombres de sorties effectuées, selon les modalités définies en (III.2).

Concernant les 2 SI mentionnés, il est demandé aux ARS de bien vouloir au plus tard pour le 30 septembre 2015, enregistrer dans les référentiels FINESS et ARHGOS l'exhaustivité des sites d'implantation SMUR et antennes SMUR ainsi que leurs activités selon les modalités définies en (III.1). Cela induit leur recensement précis, la prise des arrêtés manquants, et l'enregistrement dans les applicatifs comme précisé dans les annexes 2, 3 et 4.

I. – CONTEXTE ET ENJEUX

L'activité de SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation) est l'une des modalités d'activité de soins de médecine d'urgence exercée par les établissements de santé autorisés par l'agence régionale de santé (ARS).

L'autorisation d'exercer l'activité de SMUR ne peut être délivrée à un établissement de santé que s'il dispose des personnels, conducteur ou pilote, ainsi que du matériel, nécessaires à l'utilisation des moyens de transports sanitaires terrestres, aériens ou maritimes nécessaires à l'exercice de cette activité ; ces moyens pouvant lui être mis à disposition par un organisme public ou privé par voie de convention.

En principe, l'établissement de santé autorisé (entité juridique titulaire de l'autorisation) implante géographiquement cette activité en son sein même (établissement principal) et, le cas échéant, sur le site géographique de l'un de ses établissements.

À titre exceptionnel, lorsque la situation locale le justifie pour répondre à un besoin en termes de maillage de l'activité de soins urgents, et après avis du CODAMUPS, l'établissement de santé autorisé (entité juridique titulaire de l'autorisation) peut également être autorisé à mettre en place une « antenne » de cette structure au sein d'un autre lieu, y compris dans un lieu qui n'est pas un établissement de santé (exemple : aéroport, etc.). Il s'agit alors d'une antenne de SMUR. Celle-ci peut fonctionner de manière permanente ou temporaire.

Trois systèmes d'information (SI) intimement liés assurent conjointement le recensement des implantations, des autorisations, et de l'activité de chacune des implantations SMUR et antennes de SMUR :

– le répertoire FINESS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) assure l'enregistrement :
  – des entités juridiques titulaires de l'autorisation (numéro EJ) ;
  – et des établissements qui sont géographiquement le site de l'exercice de l'activité autorisée (numéro ET) ; la notion d'« établissement » utilisée dans ce cadre ne correspondant pas uniquement à celle d'« établissement de santé » mais recouvrant toute structure faisant l'objet d'un enregistrement dans FINESS ;
– l'application ARHGOS assure l'enregistrement des autorisations ;
– la SAE (statistique annuelle des établissements) assure la collecte de données d'activité.

Un flux d'échanges automatisés et croisés entre FINESS et ARHGOS permet d'assurer une cohérence de l'information entre ces 2 SI.

La SAE s'appuie sur l'information présente dans ces deux référentiels pour établir la liste des établissements à interroger (FINESS) et recenser les autorisations des structures (ARHGOS).

L'annexe 1 dresse le constat de la situation actuelle dans FINESS et ARGHOS. Il en ressort que deux facteurs empêchent aujourd'hui l'obtention de la qualité et de l'exhaustivité attendue au sein de ces trois SI :

– l'enregistrement des SMUR et antennes SMUR est à la fois hétérogène et incomplet dans FINESS ;
– l'enregistrement des autorisations d'activité de soins de médecine d'urgence dans leur modalité SMUR et antenne SMUR est incomplet dans ARHGOS.

La non-qualité de ces données emporte des enjeux en termes de financement et d'évaluation du maillage de l'activité de soins urgents. En effet, la réforme du financement des structures de médecine d'urgence, dont la mise en œuvre est prévue pour 2016, ainsi que la stratégie d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sont des travaux dont les conséquences sont conditionnées notamment par la qualité et l'exhaustivité des données de la SAE, de FINESS et d'ARGHOS :

– dans le cadre de la réforme du financement portée par la DGOS, le besoin de financement de chaque implantation SMUR et antenne de SMUR sera calculé à partir des données collectées et enregistrées dans la SAE. La fiabilité de ce calcul sera donc fondée en premier lieu sur la qualité et l'exhaustivité des données de la SAE, et donc en amont sur celle de FINESS et d'ARHGOS ;
– de plus, pour une allocation exacte des financements, chaque implantation géographique SMUR ou antenne de SMUR (ET) doit être correctement rattachée à l'entité juridique titulaire de l'autorisation (EJ) percevant le financement ;
– enfin, dans le cadre de la stratégie d'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes, il est fondamental que le maillage des implantations géographiques de l'ensemble des SMUR et antennes de SMUR (ET) soit exhaustif et correctement recensé.

Il est donc essentiel que FINESS et ARGHOS fournissent à la SAE des données à la fois fiables et exhaustives. Des non-qualités au sein de ces trois SI induisant :

– un risque de déclaration inexacte de l'activité des implantations SMUR et antenne de SMUR, ce qui est préjudiciable au calcul de leur besoin de financement ;
– un risque d'imputation des financements vers une entité juridique non-titulaire de l'autorisation ;
– la constitution de cartographies d'implantation inexactes ou incomplètes préjudiciables au bilan de la stratégie d'accès aux soins urgents en moins de trente minutes.

II. – OBJECTIF

En vue d'améliorer la qualité et l'exhaustivité des données concernées au sein de ces SI, cette instruction a pour objet :

– d'une part, de formaliser et d'homogénéiser les règles d'enregistrement des activités de SMUR et antenne SMUR dans ARHGOS et des implantations qui les hébergent dans FINESS ;
– d'autre part, d'améliorer la qualité des informations déjà enregistrées et d'ajouter celles qui sont manquantes.

L'objectif poursuivi est le suivant :

– identifier pour chaque SMUR et antenne SMUR un établissement géographique d'implantation (un numéro ET), que cette implantation se trouve géographiquement dans un établissement de santé ou dans un autre lieu ;
– rattacher cet établissement géographique à l'entité juridique de l'établissement titulaire de l'autorisation (EJ de l'établissement titulaire de l'autorisation = EJ de rattachement) ;
– que cet établissement géographique ait pour adresse celle de sa propre implantation géographique ;
– que cet établissement géographique ait la catégorie de son entité juridique (c'est-à-dire de l'entité juridique de l'établissement titulaire de l'autorisation).

Ainsi chaque SMUR et antenne de SMUR peut être identifié par le doublet « EJ de l'établissement titulaire de l'autorisation - ET de l'établissement géographique d'implantation ».

III. – ACTIONS À TERMINER PAR LES ARS AU PLUS TARD LE 30 SEPTEMBRE 2015

1. **Actualisation FINESS/ARHGOS en prévision de la prochaine enquête SAE**

Les annexes 2, 3 et 4 décrivent et illustrent les modalités de mise en œuvre de la présente instruction.

S'agissant en particulier des modalités d'actualisation du répertoire FINESS, la fiche technique jointe en annexe 3 décrit précisément les règles d'enregistrement dans FINESS pour chaque information relative aux structures SMUR et antennes SMUR.

De plus, une requête BO permettant de visualiser les SMUR et antennes SMUR actuellement enregistrés dans FINESS dans chaque région est mise à votre disposition sur le site intranet du répertoire FINESS.

Avec l'aide de ces éléments, les ARS ont à :

– recenser les autorisations et les implantations géographiques des SMUR et antennes SMUR et identifier celles qui ne sont pas enregistrées ou enregistrées de manière erronée ;
– prendre ou corriger les arrêtés d'autorisation lorsque cela est nécessaire ;
– enregistrer les structures et autorisations manquantes respectivement dans FINESS et dans ARHGOS ;
– informer les CPAM ;
– informer les établissements de santé concernés qui seront amenés à répondre à l'enquête SAE.

Pour vérifier l'exhaustivité des autorisations de SMUR et antennes SMUR et de leurs implantations, il conviendra de se rapprocher des établissements titulaires des autorisations concernées afin de vérifier avec eux l'ensemble de leurs implantations.

Le document administratif faisant référence pour l'enregistrement est l'arrêté d'autorisation pris par le directeur général de l'ARS. Il est donc essentiel que ce document parvienne aux gestionnaires FINESS et ARHGOS.

Il appartient aux gestionnaires FINESS et ARHGOS en ARS de procéder, en lien étroit avec les gestionnaires des autorisations en ARS, le référent SAE et les référents « urgence », aux éventuelles opérations de créations, mises à jour, fermetures ou reclassements.

Il est demandé aux ARS d'effectuer ces corrections avant la fin du mois de septembre 2015.

Important : un champ « provisoire » de la prochaine enquête SAE sera réalisé à partir d'une extraction FINESS début septembre. Il ne prendra donc en compte que les modifications effectuées dans le répertoire jusqu'à cette date. Les corrections effectuées durant le mois de septembre 2015 dans le répertoire devront être communiquées aux gestionnaires SAE en ARS pour qu'elles soient *in fine* bien prises en compte dans le champ « définitif » de la SAE 2015. Cette opération nécessitera une forte collaboration entre les gestionnaires FINESS/ARHGOS et SAE en ARS.

Il est donc recommandé aux ARS d'effectuer le plus grand nombre de corrections possibles avant début septembre 2015, afin que les établissements concernés soient pris en compte automatiquement dans le champ « définitif » de la SAE 2015.

D'ici fin septembre, un point d'avancement intermédiaire sera effectué et un retour en sera fait aux ARS afin de leur permettre si nécessaire de finaliser les mises à jour dans FINESS et ARHGOS.

2. Actualisation permettant le calibrage des dotations SMUR/Antennes de SMUR dans le cadre de la réforme du financement des urgences

Les travaux réalisés *supra* permettront d'actualiser les données en prévision de la prochaine enquête SAE, enquête dont les résultats ne seront disponibles que courant 2016.

Or, pour la mise en œuvre dès 2016 de la réforme du financement des structures de médecine d'urgence, il est nécessaire de procéder dès à présent au calibrage des dotations SMUR et antennes de SMUR. C'est pourquoi, il est demandé aux ARS de réaliser et de communiquer à la DGOS avant le 30 septembre 2015, un état des lieux exhaustif des implantations géographiques SMUR et antennes de SMUR telles que connues au 30 septembre 2015, ainsi que de leur activité telle qu'exposée dans le tableau fourni en annexe 5.

Ce tableau doit être rempli en adéquation avec l'ensemble des éléments décrits au sein de cette instruction.

Concernant les implantations géographiques, dans le cas où un numéro FINESS « ET » n'aurait pas encore été créé au moment où le tableau est rempli, il est possible d'indiquer « Numéro FINESS ET en cours de création ».

Concernant l'activité :

– pour les SMUR et antennes de SMUR créés dans FINESS avant le 1er janvier 2014, il est demandé de renseigner le nombre total de sorties de chaque implantation SMUR ou antenne de SMUR au 31 décembre 2014 issues de la SAE 2014 (ensemble des sorties terrestres, aériennes et maritimes, aussi bien primaires que secondaires) ;

– pour les SMUR et antennes de SMUR créés dans FINESS après le 1er janvier 2014, une estimation du nombre total de sorties en année pleine (12 mois) est demandée dans la colonne suivante.

Une vigilance particulière devra être apporté pour éviter les doubles compte d'activité entre les implantations SMUR et antennes de SMUR dépendant d'une même entité juridique.

Il vous est demandé de retourner ce tableau complété à la DGOS à l'adresse dgos-R2@sante.gouv.fr, au plus tard le 30 septembre 2015.

Par ailleurs, nous vous demandons de nous informer dans votre mail de retour de tout projet d'ouverture/fermeture d'une implantation SMUR ou antenne de SMUR prévue après le 30 septembre 2015.

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

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez vous adresser à l'unité FINESS de la DREES : DREES-DMSI-FINESS@sante.gouv.fr

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

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

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

CONSTAT DE LA SITUATION ACTUELLE DANS LES SI FINESS ET ARHGOS

A. – Un certain nombre d'implantations SMUR ou antennes SMUR ne sont pas recensés dans FINESS ni ARHGOS

Il peut s'agir d'antennes implantées dans des établissements de santé ou dans d'autres lieux, comme des aéroports, des bases de la sécurité civile.

Par exemple, le centre hospitalier de Hyères, entité juridique titulaire d'une autorisation SMUR (EJ : 830100533) comporte deux implantations géographiques SMUR et antenne de SMUR :

1 implantation SMUR au centre hospitalier de Hyères ;

1 implantation antenne de SMUR au Lavandou implantée au sein d'une caserne.

Aujourd'hui dans FINESS, seule l'implantation du CH de Hyères dispose d'un ET (ET : 830000295) ; l'antenne de SMUR située dans la caserne du Lavandou n'est pas identifiée.

L'absence d'immatriculation et donc d'identification exhaustive des antennes de SMUR induit des manques dans les cartes d'implantation et surtout conduit à des risques de sous-déclaration de l'activité qui seront préjudiciables aux financements de cette activité.

B. – Un certain nombre d'antennes SMUR font l'objet d'autorisations dites triangulaires

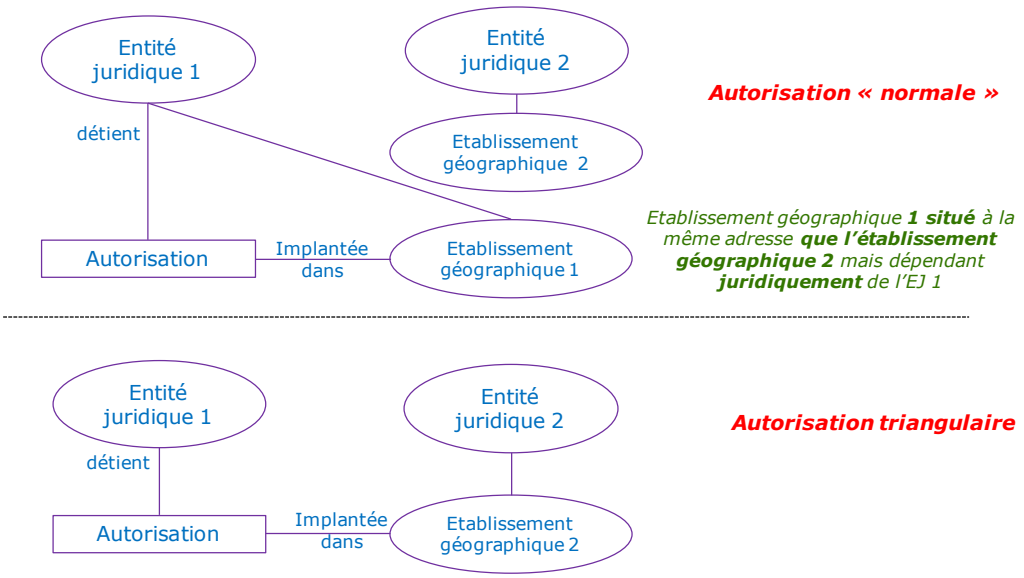
La règle actuelle d'enregistrement d'une autorisation d'antenne SMUR stipule que l'enregistrement a lieu sous la forme d'une autorisation dite « triangulaire » par la création d'un lien fonctionnel, lorsqu'elle est implantée sur le site d'un établissement de santé ne dépendant pas de celui auquel a été accordée l'autorisation.

Ceci induit le risque que l'imputation de leur activité et de leur financement ne se fasse pas sur l'entité juridique titulaire de l'autorisation d'exercice de cette activité.

Cette règle est modifiée par la présente instruction.

Qu'est-ce qu'une autorisation « triangulaire » ?

C'est une autorisation pour laquelle, dans les systèmes d'information ARHGOS et FINESS, l'établissement d'implantation de l'antenne SMUR dépend d'une entité juridique différente de l'entité juridique titulaire de l'autorisation.



Constat des difficultés occasionnées par ces autorisations

Ces autorisations triangulaires génèrent des difficultés de recueil dans la SAE : les activités sont déclarées tantôt par le CH titulaire de l'autorisation, tantôt par le CH d'implantation.

D'autre part, les dotations ne sont pas nécessairement affectées au CH titulaire de l'autorisation.

Le tableau suivant a été bâti à partir sur les résultats de la SAE 2012 et des dotations MIG 2012 :

Autorisations triangulaires d'antennes SMUR	18

dont rapportent dans SAE et touchent une MIG SMUR	5
dont rapportant dans SAE et ne touchent pas de MIG SMUR	6
dont ne rapportent pas dans SAE et touchent une MIG SMUR	1
dont ne rapportent pas dans SAE et ne touchent pas de MIG SMUR	6

Exemple du CHU de Limoges : la seconde des autorisations est triangulaire

NUMÉRO ARHGOS	FINESS EJ titulaire	RAISON sociale EJ	FINESS ET implantation	RAISON SOCIALE ET	EJ DE L'ET d'implantation	RS EJ DE L'ET d'implantation
74-44146	870000015	C H U DE LIMOGES	870010998	ANTENNE SMUR - ST YRIEIX LA PERCHE	870000015	C H U DE LIMOGES
74-52475			870000098	CENTRE HOSPITALIER SAINT JUNIEN	870000023	CENTRE HOSPITALIER DE ST-JUNIEN

Exemple du CH de Carcassonne : les deux autorisations d'antenne SMUR sont triangulaires

NUMÉRO ARHGOS	FINESS EJ titulaire	RAISON sociale EJ	FINESS ET implantation	RAISON SOCIALE ET	EJ DE L'ET d'implantation	RS EJ DE L'ET d'implantation
91-36	110780061	CH CARCASSONNE	110000049	CH JEAN PIERRE CASSABEL	110780087	CH CASTELNAUDARY
91-109			110780236	CH LIMOUX QUILLAN SITE DE QUILLAN	110780707	CH LIMOUX QUILLAN

Liste des 19 autorisations triangulaires d'antennes SMUR

NUMÉRO ARHGOS	FINESS EJ titulaire	RAISON SOCIALE EJ	FINESS ET implantation	RAISON SOCIALE ET	EJ DE L'ET d'implantation	RS EJ DE L'ET d'implantation
24-1458	360000053	CH DE CHÂTEAUROUX	360000160	CH DU BLANC	360000079	CH DU BLANC
93-4254	060785011	CTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE	060002102	CH LA PALMOSA DE MENTON	060791761	CH LA PALMOSA DE MENTON
93-4256	840006597	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT	840000343	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	840000012	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT
93-4258	840000087	CH LOUIS GIORGI D'ORANGE	840000525	CH VAISON LA ROMAINE	840000111	CH VAISON LA ROMAINE
91-36	110780061	CH CARCASSONNE	110000049	CH JEAN PIERRE CASSABEL	110780087	CH CASTELNAUDARY
91-109	110780061	CH CARCASSONNE	110780236	CH LIMOUX QUILLAN SITE DE QUILLAN	110780707	CH LIMOUX QUILLAN
91-531	340780477	CHU MONTPELLIER	340000231	CH POLE DE SANTÉ DE LUNEL	340780535	CH LUNEL
91-780	660780180	CH PERPIGNAN	660006990	GCS MAISON DE SANTÉ MÉDICALE	340019363	GCS PÔLE SANITAIRE CERDAN
91-1162	340780477	CHU MONTPELLIER	340780717	CLINIQUE SAINT LOUIS	340008150	UNION MUTUALISTE LANGUEDOC SANTÉ
22-4	020000063	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT QUENTIN	020000089	CH GUISE	020000022	CENTRE HOSPITALIER DE GUISE

NUMÉRO ARHGOS	FINESS EJ titulaire	RAISON SOCIALE EJ	FINESS ET implantation	RAISON SOCIALE ET	EJ DE L'ET d'implantation	RS EJ DE L'ET d'implantation
41-37644	880780077	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	880000039	CENTRE HOSPITALIER DE GERARDMER	880780069	CENTRE HOSPITALIER DE GERARDMER
72-38352	330781253	CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE	330000613	CENTRE HOSPITALIER STE FOY LA GRANDE	330781261	CH DE SAINTE FOY LA GRANDE
72-38520	470000316	CENTRE HOSPITALIER D'AGEN	470000522	CENTRE HOSPITALIER DE NÉRAC	470000340	CENTRE HOSPITALIER DE NÉRAC
24-41631	370000481	CHU DE TOURS	370000903	CH PAUL MARTINAIS - LOCHES	370000614	CH DE LOCHES
83-41633	150780096	CENTRE HOSPITALIER H. MONDOR	150000164	CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC	150780468	CENTRE HOSPITALIER DE MAURIAC
94-45280	2B0000020	CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA	2B0000038	CH CORTE	2B0004246	CH INTERCOMMUNAL DE CORTE TATTONE
94-45281	2B0000020	CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA	2B0005359	CH CALVI	2B0005342	CENTRE HOSPITALIER DE CALVI
24-52031	370000481	CHU DE TOURS	370000093	CLINIQUE DE L'ALLIANCE - ST CYR/LOIRE	370000192	SA CLINIQUE DE L'ALLIANCE
74-52475	870000015	CHU DE LIMOGES	870000098	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JUNIEN	870000023	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-JUNIEN

ANNEXE 2

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L'INSTRUCTION

A. – Rappels du contexte

Un flux automatisé d'informations existe entre FINESS et ARHGOS. Il véhicule les données concernant les structures : entités juridiques (EJ) et établissements (ET).

Un second flux automatisé d'informations existe entre ARHGOS et FINESS. Il véhicule les données concernant les autorisations de chacune de ces structures.

Ainsi à l'issue du processus, toutes les informations nécessaires à l'alimentation de la SAE sont disponibles dans FINESS.

Lors de la saisie d'une nouvelle activité de SMUR ou d'antenne SMUR, les opérations se succèdent ainsi :

1. L'entité juridique est tout d'abord créée dans FINESS (si elle n'existe pas déjà) par le gestionnaire FINESS, suivi de l'établissement (s'il n'existe pas déjà) où est implanté le SMUR ou l'antenne SMUR.
2. Ces données sont transmises automatiquement à ARHGOS la nuit suivante.
3. L'autorisation est ensuite saisie dans ARHGOS.
4. Cette autorisation est transmise automatiquement à FINESS la nuit suivante.

B. – Enregistrement dans FINESS

Il importe :

(i) que pour chaque autorisation de SMUR et d'antenne SMUR un établissement géographique d'implantation (un numéro ET) soit identifé, que cette implantation se trouve géographiquement dans un établissement de santé, ou dans tout autre lieu ;

(ii) que cet établissement géographique soit rattaché à l'entité juridique de l'établissement titulaire de l'autorisation de SMUR ou antenne SMUR (EJ de l'établissement titulaire de l'autorisation = EJ de rattachement) ;

(iii) que cet établissement géographique ait pour adresse celle de sa propre implantation géographique ;

(iv) que cet établissement géographique ait la catégorie de son entité juridique (c'est-à-dire de l'entité juridique de l'établissement titulaire de l'autorisation).

Ainsi chaque autorisation de SMUR et d'antenne de SMUR peut être identifiée par le doublet « EJ de l'établissement titulaire de l'autorisation - ET de l'établissement géographique d'implantation », accompagné du triplet activité/modalité/forme.

La fiche technique jointe en annexe 3 décrit les règles d'enregistrement précises dans FINESS pour chaque information relative aux structures SMUR et antennes SMUR.

Exemples d'implantations non recensées dans FINESS

Dans l'exemple du CH de Hyères, il doit exister deux établissements géographiques d'implantation de SMUR ou antenne SMUR, et pour chacune un numéro d'établissement géographique (donc deux numéros ET), ayant pour entité juridique : 830100533 (EJ du CH de Hyères), et pour adresses celles :

– du CH de Hyères pour l'implantation SMUR du CH de Hyères (ET 830000295) ;
– de la caserne du Lavandou pour l'antenne de SMUR implantée au sein de la caserne.

Un de ces établissements géographiques d'implantation n'existe pas dans FINESS (caserne du Lavandou) et doit donc y être identifié par la création d'un numéro FINESS ET à rattacher au numéro EJ du CH de Hyères titulaire de l'autorisation.

L'annexe 4 - § 1 décrit sur un exemple les actions à mener dans une telle situation.

Exemples d'autorisations triangulaires existantes

Dans l'exemple du CHU de Limoges ;

On vérifiera que dans FINESS il n'existe pas déjà un ET géographique rattaché à l'entité juridique 870000015 CHU de Limoges à l'adresse de Saint-Junien.

S'il n'en existe pas, on immatriculera un ET « Antenne de SAINT JUNIEN » dépendant de l'entité juridique 870000015 CHU de Limoges, exactement comme a été créé l'ET 870010998 pour l'antenne SMUR de Saint-Yrieix-la-Perche.

L'annexe 4 - § 2 décrit sur deux exemples les actions à mener dans de telles configurations.

C. – Enregistrement dans ARHGOS

Il importe de vérifier que pour chaque implantation de SMUR ou antenne SMUR il existe un arrêté d'autorisation et que les autorisations accordées *via* cet arrêté soit saisies dans ARHGOS.

En effet ce sont les autorisations d'activité d'urgence, modalité :

26 (SMUR général) ;

27 (SMUR pédiatrique) ;

29 (antenne SMUR),

qui permettent d'identifier et d'interroger les établissements d'implantation des SMUR et antennes SMUR par la SAE *via* FINESS.

Correction des autorisations sur des implantations triangulaires

Dans le cas d'implantation d'autorisation triangulaire, l'établissement d'implantation devra être corrigée dans l'application ARHGOS.

Cette correction peut être réalisée en faisant effectuer la modification *ad hoc* par le prestataire informatique en charge d'ARHGOS.

Enregistrement des autorisations absentes

Dans le cas où l'autorisation est absente, il faut la saisir dans ARHGOS sur un établissement d'implantation tel que défini ci-dessus.

ANNEXE 3

FICHE TECHNIQUE

1. **Enregistrement de la structure dans FINESS**

Les gestionnaires FINESS, avec l'appui des directions de l'offre de soins en ARS, enregistrent dans FINESS chaque site d'implantation de SMUR ou d'antenne SMUR s'il n'existe pas déjà, conformément aux règles édictées ci-après.

L'arrêté d'autorisation de l'activité « 14 - Médecine d'urgence », de modalité « 26 - SMUR général », « 27 - SMUR pédiatrique » ou « 29 - antenne SMUR » est le document de référence pour les informations à enregistrer.

Avant toute création d'un nouvel établissement correspondant au site d'implantation, le gestionnaire FINESS vérifie au préalable si la structure n'est pas déjà présente dans FINESS.

2. **Caractérisation des sites d'implantation SMUR et antennes SMUR dans FINESS**

2.1. *Caractérisation fonctionnelle des établissements*

Le site d'implantation est immatriculé dans FINESS par la notion d'établissement (ET) composée d'un n° FINESS associé à une raison sociale, une adresse et une catégorie d'établissement et rattaché obligatoirement à une entité juridique (EJ), cet ET étant rattaché à cette dernière par un lien juridique.

2.2. *Règle de gestion des établissements (ET)*

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

2.2.1. Numéro FINESS de l'ET

Le n° FINESS de l'établissement est automatiquement calculé par le répertoire FINESS.

2.2.2. Entité juridique (EJ) de rattachement

L'établissement doit être rattaché à l'entité juridique qui détient l'autorisation d'activité SMUR ou antenne SMUR.

Exemples :

– pour Hyères : 830100533 (CH de Hyères) ;
– pour Limoges : 870000015 (CHU DE LIMOGES).

De ce fait, l'activité de soins correspondante ne donnera pas lieu dans FINESS à une autorisation de type « triangulaire ».

2.2.3. Catégorie d'établissement

L'établissement aura pour catégorie celle de son entité juridique de rattachement

2.2.4. Raison sociale

Il n'est pas indispensable de préciser « antenne SMUR » dans la raison sociale.

Quel que soit le nom de l'établissement, c'est *via* l'autorisation que sera connue la présence d'un SMUR ou d'une antenne SMUR.

De cette façon, ce site peut être également le lieu d'implantation d'autres activités de soins, par exemple de l'hospitalisation à domicile.

Exemples :

La raison sociale peut être du type

– « CH de Hyères – Antenne du Lavandou » ;
– « CHU de Limoges – Antenne de Saint-Junien ».

2.2.5. Adresse

L'adresse de l'ET sera celle du site d'implantation.

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

Exemples :

– si le site d'implantation est situé à la caserne du Lavandou, l'adresse sera celle de la caserne du Lavandou où sont basés les moyens de l'antenne de SMUR ;
– si le site d'implantation est « sur le site du CH de Saint-Junien », l'adresse sera celle du CH de Saint-Junien.

2.2.6. Date d'autorisation, date d'ouverture, date de fermeture

La date d'autorisation correspond en principe à la date d'autorisation la plus ancienne des activités de l'établissement.

La date d'ouverture correspond en principe à la date de mise en œuvre de la première autorisation de l'établissement.

En cas de fermeture, la date de fermeture est renseignée à partir des informations de caducité, retrait ou non renouvellement de l'autorisation.

2.2.7. Type d'établissement

Lorsque le site n'existe pas déjà, il est enregistré en tant qu'établissement secondaire. Son établissement de rattachement est l'établissement principal de l'entité juridique.

2.2.8. Mode de fixation des tarifs (MFT)

Le code MFT est le même que pour l'établissement principal de l'entité juridique.

2.2.9. Code participation au service public hospitalier

Le champ « service public hospitalier » (SPH) est le même que pour l'établissement principal de l'entité juridique.

2.2.10. Numéro SIRET

Le numéro SIRET sera renseigné.

2.2.11. Code APE

L'activité principale de l'établissement (codes APE) est « 8610Z : Activité hospitalière ».

2.2.12. Disciplines d'équipement sanitaire autorisées et installées

Aucun enregistrement n'est effectué au niveau des disciplines d'équipement sanitaire autorisées et installées.

2.2.13. Autres informations

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

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

Les coordonnées de géolocalisation (X ;Y) sont calculées périodiquement de manière automatique au sein du répertoire FINESS, à partir de l'adresse de l'établissement. Les données qui seraient éventuellement saisies par le gestionnaire n'étant pas pérennes, il n'est donc pas nécessaire de les renseigner.

ANNEXE 4

EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

1. Exemple d'implantation non recensée dans FINESS

À Hyères, il faut immatriculer un établissement d'implantation d'antenne SMUR (créer 1 ET), ayant pour entité juridique : 830100533 (CH de Hyères), et pour adresse celle de la caserne du Lavandou.

Arrêtés d'autorisation

S'il n'existe pas d'arrêté mentionnant l'antenne de SMUR du Lavandou, il faut le prendre.

Le ou les arrêtés d'autorisation de SMUR et antennes SMUR doivent décrire les deux lieux d'implantation :

– le CH de Hyères pour le SMUR permanent du CH de Hyères (ET 830000295) ;
– la caserne du Lavandou pour l'antenne de SMUR saisonnière du Lavandou (ET à créer).

Corrections dans ARHGOS

Les autorisations doivent être saisies dans ARHGOS.

2. Exemples d'implantations recensées dans des autorisations triangulaires

a) Une seule activité implantée dans le nouvel ET

Situation dans FINESS

L'EJ 110780061 CH CARCASSONNE est titulaire d'autorisations d'antenne SMUR à Castelnaudary et à Quillan.

(Les ET actuels d'implantation sont : 110000049 CH JEAN PIERRE CASSABEL à Castelnaudary, 110780236 CH LIMOUX QUILLAN SITE DE QUILLAN)

Cette EJ n'a actuellement pas d'ET ni à Castelnaudary, ni à Quillan.

Actions à mener dans FINESS

Il faut donc immatriculer deux ET rattaché à l'EJ CH de Carcassonne.

Pour celui de Castelnaudary, on peut l'appeler « CH Carcassonne - Antenne de Castelnaudary » ou CH Carcassonne antenne SMUR de Castelnaudary. La première appellation est plus générale et est préférable.

De même, on créera le « CH de Carcassonne - Antenne de Quillan ».

Arrêtés d'autorisation

Les arrêtés existent déjà, il faudra les rectifier au cas où ils précisaient des numéros FINESS d'implantation.

Corrections dans ARHGOS

Les numéros d'ET d'implantation de l'autorisation seront à corriger dans ARHGOS selon la procédure décrite au point C de l'annexe 2.

b) Deux activités différentes implantées dans le nouvel ET

Situation dans FINESS

L'EJ titulaire 360000053 CH de Châteauroux est titulaire d'autorisations d'antenne SMUR au Blanc, et également de HAD au Blanc et à Châtillon.

Les ET actuels d'implantation sont : 360000160 CH DU BLANC (antenne SMUR et HAD) et 360000202 CH CHÂTILLON SUR INDRE qui dépendent d'une autre EJ 360000103, CH DE CHÂTILLON-SUR-INDRE.

L'EJ titulaire 360000053 CH de Châteauroux n'a actuellement pas d'ET ni au Blanc ni à Châtillon.

Arrêtés d'autorisation

Il est souhaitable de corriger simultanément les deux arrêtés d'autorisations d'antenne SMUR et de HAD pour indiquer l'implantation sur le nouvel ET à créer.

Actions à mener dans FINESS au vu de l'arrêté d'autorisation

Il faut dans l'immédiat créer un nouvel ET au Blanc rattaché à l'EJ CH de Châteauroux.

Il fait l'objet d'implantation de deux autorisations : Médecine en HAD et SMUR antenne non saisonnier.

Il faudrait donc le dénommer « CH Châteauroux - Antenne du Blanc » (le dénommer « antenne SMUR » serait trop réducteur).

Corrections dans ARHGOS

Au lendemain de la création du nouvel ET dans FINESS, il faut mettre à jour les autorisations.

Il est souhaitable de corriger simultanément le rattachement des deux autorisations d'antenne SMUR et de HAD pour les implanter sur le nouvel ET ainsi créé (*cf.* procédure décrite au point C de l'annexe 2 de la présente circulaire).

ANNEXE 5

TABLEAU DE SAISIE DES IMPLANTATIONS ET ACTIVITÉS SMUR

Implantations SMUR et antennes de SMUR au 30/09/2015

Données d'implantation SMUR et antenne de SMUR						Données d'activité	
						Si le SMUR ou l'antenne a été créé avant le 01/01/2014	Si le SMUR ou l'antenne a été créé après le 01/01/2014
Région	Département	Raison sociale de l'implantation SMUR ou antenne de SMUR	Numéro Finess ET où est localisée l'implantation	Numéro Finess EJ à la quelle est rattachée l'implantation	Implantation saisonnière ? Si oui, nombre de mois d'ouverture par an	Nombre total de sorties en 2014: ensemble des sorties terrestres, aériennes et maritimes tant primaires que secondaires	Estimation du nombre total de sorties par an

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

Direction générale de l'offre des soins

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

Bureau de l'efficience
des établissements publics et privés (PF1)

Direction générale des finances publiques

Services des collectivités locales

Bureau de la trésorerie, des moyens
de paiement et des activités bancaires
(CL1C)

Bureau du conseil fiscal et valorisation
financière du secteur public local
et du secteur public de santé (CL2A)

Instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2015-251 du 28 juillet 2015 relative à la révision du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés (actualisation de l'instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2014-363 du 22 décembre 2014)

NOR : *AFSH1518563J*

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-91.

Catégorie : directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente instruction a pour objet, d'une part, d'actualiser les modalités de mise en œuvre du dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs contrats de prêt structuré prévu par l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014, et, d'autre part, de définir les modalités d'extension de ce dispositif à de nouveaux établissements. L'instruction détaille les conditions d'éligibilité au dispositif pour les nouveaux établissements ainsi que la procédure d'instruction des demandes d'aide qui leur est appliquée.

Mots clés : emprunt structuré – contrat de prêt – gestion de la dette – risque de taux – indemnité de remboursement anticipé (IRA).

Référence : article D. 6145-70 du code de la santé publique, instruction interministérielle DGOS/PF1/DGFiP/CL1C/CL2A n° 2014-363 du 22 décembre 2014 relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés.

Annexes :

Annexe 1. – Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales.

Annexe 2. – Chronologie de la procédure d'instruction des demandes et d'attribution des aides pour les établissements de la vague 1 (les établissements éligibles au dispositif prévu par l'instruction du 22 décembre 2014).

Annexe 3. – Chronologie de la procédure d'instruction des demandes et d'attribution des aides pour les établissements de la vague 2 (les établissements nouvellement éligibles au dispositif).

Annexe 4. – Modalités de comptabilisation de l'aide.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre des finances et des comptes publics à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre); Mesdames et Messieurs les délégués du directeur général des finances publiques (pour information); Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux des finances publiques ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé (pour mise en œuvre).

1. **Contexte et enjeux**

Le contexte récent a été marqué par une diversification des produits financiers proposés aux établissements publics de santé (EPS) par les établissements de crédit, avec le développement d'emprunts « structurés », c'est-à-dire des emprunts dont les évolutions de taux d'intérêt sont soumises à des conditions spécifiques. Certains produits utilisent des effets particuliers (écarts d'index hors zone Euro, coefficient multiplicateur etc.) pouvant aboutir à ce que l'évolution du taux payé soit non proportionnelle à l'évolution du ou des indice(s) financiers sous-jacents.

Le surcoût financier induit par plusieurs types d'emprunts structurés peut s'avérer insoutenable pour certains EPS. Aussi, un dispositif d'accompagnement des hôpitaux les plus exposés au risque des emprunts structurés, décidé en conseil des ministres du 23 avril 2014, a été mis en place par instruction interministérielle du 22 décembre 2014. Le dispositif doté d'une enveloppe d'aides de 100 millions d'euros a été réservé aux établissements les plus exposés au risque de taux à cette date, à savoir les établissements publics de santé (EPS) dont le total des produits est inférieur à 100 millions d'euros et ayant souscrit au moins un contrat classé hors charte. Par la suite ces établissements seront dénommés « établissements de la vague 1 ».

La forte dépréciation de l'euro par rapport au franc suisse consécutive à la décision prise par la Banque nationale suisse le 15 janvier 2015 d'abandonner le « cours plancher » a fortement dégradé les conditions des emprunts indexés sur la parité entre l'euro et le franc suisse. Cela s'est traduit par un renchérissement très sensible des indemnités de remboursement anticipé (IRA) à régler pour sécuriser ces prêts structurés.

Cette situation a, en premier lieu, fragilisé la capacité du dispositif initial tel que prévu par l'instruction suscitée à soutenir les établissements éligibles à poursuivre leur démarche de sécurisation de leurs prêts hors charte. En deuxième lieu, plusieurs établissements non éligibles au dispositif initial se retrouvent à ce jour dans l'incapacité de sécuriser, sans aide extérieure, leurs contrats de prêt indexés sur la parité euro/franc suisse.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes a donc décidé le 24 février 2015 de porter les capacités d'intervention du dispositif à 400 millions d'euros sur 10 ans. Les ressources supplémentaires, à savoir 300 millions d'euros, seront intégralement apportées par une contribution des banques. Certaines modalités du dispositif prévues par instruction du 22 décembre 2014 sont adaptées en conséquence de la manière suivante :

– d'une part, le taux de prise en charge par le dispositif des coûts de sortie des prêts hors charte souscrits est relevé pour les établissements éligibles au titre de l'instruction du 22 décembre 2014 (ci-après « établissements de la vague 1 ») ;

– d'autre part, le dispositif est étendu à de nouveaux établissements publics de santé (ci-après « établissements de la vague 2 ») rendus très exposés au risque de taux à la suite de la dépréciation de la parité de l'euro par rapport au franc suisse.

La présente instruction précise les modifications apportées aux modalités de mise en place du dispositif initial prévu pour les établissements de la vague 1 (partie 2) et les conditions d'extension du dispositif des EPS de la vague 2 (partie 3).

Les établissements relevant de la vague 1 ou de la vague 2 doivent respecter des calendriers différents détaillés en annexe de la présente instruction.

2. **Modifications apportées au dispositif d'accompagnement des établissements de la « vague 1 » tel que prévu dans l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014**

2.1. *Modification du calendrier de dépôt des dossiers, de leur instruction et d'attribution des aides*

Pour tenir compte des difficultés de constitution des dossiers de demande d'aide liées aux perturbations des marchés financiers intervenues en janvier 2015, il a été décidé de décaler la date de transmission du dossier complet par l'ARS à la DGOS du 30 avril au 18 mai 2015. Cette information a déjà été transmise aux ARS.

Dans un délai de 5 mois suivant la transmission à la DGOS du dossier de demande d'aide complet, le DGOS notifie à l'établissement le montant de l'aide proposée. Ce délai peut être suspendu pour une durée maximale de six mois lorsque le montant de l'aide ne peut être valablement calculé en raison des variations significatives affectant des éléments de référence affectant les indemnités de remboursement anticipé (IRA) dues.

Le directeur d'établissement dispose alors de six semaines pour faire connaître son acceptation ou son refus de l'aide proposée au titre de chacun des contrats objet de la demande d'aide.

Il est précisé que l'établissement public de santé n'est pas tenu d'attendre la notification de l'aide par le DGOS pour procéder au remboursement anticipé du prêt. Celui-ci peut intervenir à tout moment, avant même le dépôt du dossier auprès du DGOS ou pendant l'instruction du dossier par le niveau national. Dans ce dernier cas, cette information doit être portée à la connaissance de la DGOS par tous les moyens dans un délai de 7 jours ouvrables suivant l'opération de remboursement.

Le nouveau calendrier complet applicable aux établissements de la vague 1 est détaillé en annexe 2.

2.2. *Modalités de calcul de l'aide : relèvement du taux maximal d'aide de 45 % à 75 % de l'IRA*

Pour tenir compte des conséquences de la forte hausse du franc suisse par rapport à l'euro et du relèvement de l'enveloppe d'aide de 100 à 400 millions d'euros, le taux maximal d'aide est porté de 45 à 75 % de l'IRA du prêt objet de la demande d'aide et le plafond initialement fixé à 5 millions d'euros est supprimé.

2.3. *Modalités de versement des aides : période de versement portée de 3 à 10 ans*

L'augmentation de l'enveloppe d'aide de 300 millions d'euros provient intégralement de contributions bancaires qui seront versées sur une période de 10 ans. Par conséquent, la période maximale de versement des aides est portée de 3 à 10 ans.

La DGOS délègue les crédits aux ARS par arrêté modificatif FIR et/ou MIGAC. L'ARS notifie ensuite la première tranche de crédits aux établissements.

Toutes les autres dispositions prévues par l'instruction interministérielle du 22 décembre 2014 demeurent inchangées (établissements et contrats éligibles, pièces à fournir etc.).

3. **Extension du dispositif aux établissements de la « vague 2 » dont le produit est compris entre 100 et 200 M€ : aide à la sécurisation définitive de certains contrats de prêt**

3.1. *Champ d'application*

L'extension du dispositif prévu par l'instruction du 22 décembre 2014 a pour objectif de soutenir les hôpitaux les plus exposés au risque de taux des prêts structurés à la suite de la dépréciation de la parité euro/franc suisse. Le degré d'exposition est déterminé en fonction de la taille budgétaire de l'établissement et du niveau de structuration du contrat de prêt.

a) Établissements de santé éligibles

Sont éligibles au dispositif les établissements publics de santé (EPS) dont le total des produits (somme des soldes créditeurs – somme des soldes débiteurs des comptes de la classe 7 des comptes de résultat principal et annexes) est compris entre 100 et 200 millions d'euros selon le compte financier 2013.

b) Contrats éligibles

Sont uniquement pris en compte dans l'instruction des demandes d'aide les contrats de prêt structuré classés « hors charte », c'est-à-dire les contrats qui ne figurent pas au tableau des risques

de la Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales (voir annexe 1) – dont le taux d'intérêt en phase structurée est indexé sur la seule parité euro/franc suisse, et qui ont été souscrits par les EPS définis au *a* ci-dessus.

Certains contrats de prêt ainsi visés sont encore en phase dite « taux fixe » au 31 décembre 2014. Dès lors que sur la durée résiduelle du prêt, il reste une phase structurée « hors charte », le contrat est éligible au dispositif.

Les contrats de prêt ainsi visés doivent être en cours d'amortissement au 31 décembre 2014. Il est précisé que les contrats de prêt visés ayant fait l'objet d'une opération de sécurisation avant le 31 décembre 2014 mais dont la date d'effet intervient après le 1er janvier 2015 ou ayant fait l'objet d'une sécurisation sur l'exercice 2015 avant dépôt du dossier de demande d'aide à la DGOS, sont éligibles au dispositif.

En revanche, ne sont pas éligibles au dispositif les contrats de prêt dont le capital est libellé en devise étrangère (par exemple en franc suisse). En effet, ces prêts ne sont pas considérés comme structurés au sens de la charte suscitée (voir annexe 1).

Ne sont pas éligibles au dispositif les contrats de prêt dont le taux d'intérêt est indexé sur un écart de parités dont celle euro/franc suisse (par exemple EURO/CHF – EURO/USD).

c) Validation de la liste des établissements entrant dans la vague 2 du dispositif dans un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la présente instruction aux ARS

i. *Envoi d'une pré-liste des contrats éligibles par la DGOS aux ARS*

La DGOS dispose d'une semaine à compter de la date d'envoi aux ARS de la présente instruction pour communiquer à chaque ARS, par voie électronique, une liste provisoire des contrats de prêt répondant a priori aux deux critères d'éligibilité cités ci-dessus. La liste est établie sur la base des informations renseignées par les établissements dans l'enquête annuelle « ODT », observatoire de la dette existante au 31 décembre 2013.

Cette « pré-liste » contient les informations suivantes pour chaque contrat : numéro finess de l'établissement public de santé, nom de l'établissement, capital restant dû au 31 décembre 2013, établissement de crédit.

ii. *Validation de la liste des contrats éligibles par les ARS*

Dans un délai d'une semaine suivant l'envoi de la liste par la DGOS, le directeur général de l'ARS :

- vérifie l'éligibilité de l'EPS et du contrat figurant dans la pré-liste selon les critères mentionnés aux *a* et *b* ci-dessus. L'ARS peut supprimer des contrats qui auraient fait l'objet d'une opération de désensibilisation durant l'exercice 2014. L'ARS peut également ajouter des contrats non visés par la liste adressée par la DGOS si ceux-ci répondent aux critères d'éligibilité ;
- met à jour à la date du 31 décembre 2014 les données relatives à l'existence du contrat, au capital restant dû et au classement selon le tableau des risques ;
- renvoie la liste mise à jour et validée par ses soins au bureau PF1 de la DGOS à l'adresse mail : dgos-pf1@sante.gouv.fr.

iii. *Validation finale de la liste des contrats éligibles par la DGOS*

La DGOS dispose d'une semaine à compter de la communication par l'ARS de la liste des établissements éligibles au titre de la vague 2 pour valider cette liste par retour de mail.

iv. *Confirmation de la liste des contrats entrant dans la vague 2 du dispositif*

L'ARS informe alors les établissements de leur éligibilité à la vague 2 du dispositif et donc de la possibilité qui leur est ouverte de solliciter une aide dans ce cadre. Dans un délai d'une semaine suivant cette information, le directeur de l'établissement fait part de son souhait ou de son refus de constituer un dossier de demande d'aide pour le contrat visé. Dans les meilleurs délais, l'ARS transmet simultanément à la DRFiP, au bureau CL1C de la DGFiP (bureau.cl1c-placements@dgfip.finances.gouv.fr) et à la DGOS (dgos-pf1@sante.gouv.fr) la réponse de l'établissement.

3.2. *Procédure d'instruction des demandes d'aide*

a) Production d'une synthèse financière par la DRFiP

À compter de la réception de l'acceptation par l'établissement de déposer un dossier de demande d'aide, la DRFiP dispose d'un délai d'un mois pour transmettre à l'ARS une étude consistant en une analyse financière rétrospective simplifiée de l'établissement. Ponctuellement et si nécessaire, ce délai pourra être prorogé en lien avec l'ARS, notamment en cas de dépôt tardif de la demande d'aide

par l'établissement. Une seule étude est réalisée par établissement, même si plusieurs emprunts font l'objet de demandes distinctes. Le cas échéant, la DRFiP précisera si l'analyse financière est réalisée au vue des pièces du dossier de demande d'aide.

b) Dépôt de la demande d'aide par l'établissement auprès de l'ARS dans un délai d'un mois suivant la décision du directeur de l'établissement d'émarger au dispositif

Dans un délai d'un mois suivant la confirmation de son souhait de solliciter l'aide, le directeur de l'EPS adresse au directeur général de l'ARS par voie électronique un dossier qui comporte obligatoirement :

- le contrat faisant l'objet de la demande, les éventuels avenants à ce contrat et les tableaux d'amortissement correspondants ;
- l'avis de l'établissement de crédit sur l'éligibilité du contrat au dispositif suivant les critères mentionnés au *b* du 3.1 ;
- le montant exact de l'indemnité de remboursement anticipé (IRA) demandée par l'établissement de crédit pour chaque contrat de prêt ou contrat financier :
  - si le remboursement anticipé était intervenu le 31 décembre 2013 ;
  - si le remboursement était intervenu le 31 décembre 2014 ;
  - si le remboursement était intervenu le 28 février 2015 ;
- une offre détaillée de l'établissement de crédit pour sécuriser le contrat en cause ; cette offre devra respecter les critères suivants :
  - transformation en taux fixe ou taux variable simple (contrat de prêt classé 1A au tableau des risques de la Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales [voir annexe 1]) de toutes les échéances du prêt ; les offres prévoyant la sécurisation de quelques échéances, dites de sécurisation temporaire, ne seront pas examinées ;
  - nature et quantum, avec le détail de son calcul, de la concession faite par l'établissement de crédit (par exemple mention de la part de l'IRA prise en charge par l'établissement de crédit) ;
  - mention détaillée du paiement de l'IRA restant à la charge de l'établissement de santé de la manière suivante : part de l'IRA payée dans les conditions financières du prêt refinançant le prêt quitté, part payée dans les conditions financières d'un nouveau prêt, part payée dans les conditions financières du prêt refinançant l'IRA et part autofinancée ;
- dans le cas particulier où l'hôpital détiendrait un ou plusieurs autres contrats de prêt structuré auprès du même établissement de crédit en cours d'amortissement au 31 décembre 2014, il peut être présenté une seconde offre de sécurisation portant à la fois sur le contrat éligible au dispositif et le(s) contrat(s) non éligible(s) ;
- un audit actualisé au 31 décembre 2014 de l'ensemble de la dette de l'établissement ;
- une étude comprenant :
  - une courbe d'évolution des indices sous-jacents de la formule de calcul du taux d'intérêt sur les cinq dernières années et courbe des anticipations de marché pour l'ensemble des prochaines échéances du prêt ;
  - un calcul du taux d'intérêt et des frais financiers à payer sur l'ensemble des prochaines échéances si les anticipations de marché précisées ci-dessus se réalisaient ;
  - un tableau comparant les frais financiers calculés sur le taux d'intérêt bonifié et les taux calculés ci-dessus, pour l'ensemble des prochaines échéances ;
- un projet non signé de transaction au sens de l'article 2044 du code civil conclue avec l'établissement de crédit, portant sur le ou les contrats éligibles au dispositif ;
- la valeur au 31 décembre 2013 et au 31 décembre 2014 des trois ratios relatifs à la dette visés dans l'article D. 6145-70 du code de la santé publique ;
- la part des emprunts structurés éligibles au dispositif, faisant ou non l'objet d'une demande d'aide, dans l'encours total de la dette de l'Établissement de santé.

Dans le cas particulier où le contrat de prêt éligible a été sécurisé dans les conditions précisées au *b* du 3.1, il est demandé de compléter le dossier de demande d'aide du nouveau contrat de prêt ainsi que de la transaction signée en lieu et place du projet non signé.

c) Instruction par le niveau régional dans un délai de deux mois à compter du dépôt de la demande d'aide par l'établissement

i. *Vérification de la complétude du dossier par l'ARS*

Dans un délai de quinze jours suivant le dépôt de la demande, le directeur général de l'ARS :

– soit constate que le dossier est incomplet et le retourne au directeur de l'établissement public de santé ayant présenté la demande d'aide pour qu'il le complète dans les plus brefs délais ;
– soit constate que le dossier est complet et procède à son analyse.

ii. *Transmission du dossier complet par l'ARS à la DGOS*

Dans un délai de deux mois suivant le dépôt de la demande d'aide par l'établissement, le directeur général de l'ARS adresse à la DGOS par voie électronique à l'adresse mail dgos-pf1@sante.gouv.fr, un dossier complet comportant obligatoirement :

– la demande d'aide de l'établissement qui lui a été adressée (dossier complet) ;
– l'analyse financière de la DRFiP ;
– le dernier PGFP validé accompagné d'une note résumant les besoins annuels d'emprunt sur les cinq prochaines années ;
– l'analyse conduite par les services financiers de l'ARS sur la situation financière de l'établissement et sa capacité à faire face à la proposition de sécurisation du prêt.

Le directeur général de l'ARS transmet pour information au directeur régional des finances publiques et au bureau CL1C de la DGFiP (bureau.cl1c-placements@dgfip.finances.gouv.fr) une copie du dossier complet adressé à la DGOS.

Tous les dossiers de demande d'aide complets doivent être transmis à la DGOS avant le 30 octobre 2015. Il n'est pas prévu d'ouvrir une nouvelle instruction en 2016.

d) Instruction par le niveau national dans un délai de cinq mois suivant la date limite de dépôt des dossiers de demande d'aide

En l'absence d'observation de la part de la DGOS dans un délai de deux semaines suivant l'envoi du dossier complet, celui-ci est réputé complet. Les services de la DGOS procèdent ensuite à l'instruction de chaque dossier pour déterminer le montant de l'aide à allouer.

L'aide correspond, pour chaque contrat de prêt, à une fraction de l'indemnité de remboursement anticipé totale due par l'hôpital. Cette fraction ne pourra excéder 75 %.

Le taux de prise en charge par le dispositif tient compte, pour chaque bénéficiaire de l'aide, d'un faisceau de critères :

– sa taille budgétaire ;
– le poids de l'encours de dette hors charte dans le total de l'encours de dette ;
– son niveau d'endettement ;
– sa situation financière et sa capacité à faire face au surcoût financier généré par les prêts structurés classés hors charte ;
– son besoin d'emprunt sur les prochaines années.

Dans un délai de cinq mois suivant la transmission à la DGOS du dossier de demande d'aide complet, le DGOS notifie à l'établissement le montant de l'aide proposée. Ce délai peut être suspendu pour une durée maximale de six mois lorsque le montant de l'aide ne peut être valablement calculé en raison des variations significatives affectant des éléments de référence affectant les indemnités de remboursement anticipé (IRA) dues.

Une copie de la notification est adressée en même temps au directeur général de l'ARS qui en transmet une copie à la DRFiP.

L'établissement public de santé n'est pas tenu d'attendre la notification de l'aide par le DGOS pour procéder au remboursement anticipé du prêt. Celui-ci peut intervenir à tout moment, avant même le dépôt du dossier auprès du DGOS ou pendant l'instruction du dossier par le niveau national. Dans ce dernier cas, cette information doit être portée à la connaissance de la DGOS par tous les moyens dans un délai de sept jours ouvrables suivant l'opération de remboursement.

3.3. *Procédure d'attribution des aides*

a) Conditions d'octroi de l'aide

Le versement de l'aide est subordonné au remboursement anticipé du ou des contrats éligibles concernés 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 ou les contrats.

À compter de la date de notification de la proposition d'aide, le directeur de l'établissement dispose de six semaines pour faire connaître au directeur général de l'ARS son acceptation ou son refus de l'aide proposée sur chacun des contrats concernés par la demande d'aide.

En cas d'acceptation de l'aide proposée, le directeur de l'établissement transmet à l'ARS le dossier complémentaire. Celui-ci est composé de :

– la copie de la transaction signée avec l'établissement de crédit ;
– une convention signée avec le DG de l'ARS définissant les modalités de versement de l'aide ainsi que les modalités de suspension ou de restitution de l'aide en cas de non-respect des conditions d'octroi.

En cas de refus de la proposition d'aide, la procédure prend fin, aucune nouvelle demande d'aide ne pourra être présentée ultérieurement dans le cadre du dispositif. L'établissement peut refuser une proposition d'aide sur un contrat mais accepter la proposition sur un autre contrat.

Une copie de la décision et, en cas d'acceptation, une copie du dossier complémentaire sont adressées à la DGOS (dgos-pf1@sante.gouv.fr) et à la DRFiP.

b) Modalités de versement de l'aide

À réception de la décision d'acceptation et du dossier complémentaire, la DGOS engage la procédure de délégation des crédits.

L'aide du dispositif sera versée à l'établissement par fractions annuelles sur une période maximale de dix ans.

Les aides seront versées aux ARS par arrêtés modificatifs des dotations régionales FIR (fonds d'intervention régional) et/ou des dotations régionales MIGAC (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation). Les ARS délèguent ensuite l'aide aux établissements conformément à la notification nationale adressée à l'établissement.

L'ARS informe la DRFiP de la date et du montant de l'aide effectivement versée à l'établissement. La DRFiP en informe le comptable assignataire.

c) Modalités de comptabilisation de l'aide

Voir annexe 4.

Toute difficulté d'application de la présente instruction sera signalée au bureau PF1 de la DGOS (dgos-pf1@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation :
Pour le directeur général des finances publiques :
Le directeur général adjoint,
V. Mazauric

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

ANNEXE 1

CHARTE DE BONNE CONDUITE ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS BANCAIRES ET LES COLLECTIVITÉS LOCALES (EXTRAIT)

TROISIÈME ENGAGEMENT : LES ÉTABLISSEMENTS BANCAIRES S'ENGAGENT, DANS LEURS PROPOSITIONS AUX COLLECTIVITÉS LOCALES, À PRÉSENTER LEURS PRODUITS SELON LA CLASSIFICATION CONTENUE DANS LES TABLEAUX DES INDICES DE RISQUES CI-APRÈS

Les produits proposés aux collectivités locales n'ont pas tous le même degré de complexité et les risques pour l'emprunteur ne sont pas de même ampleur.

Dans le souci de rendre plus transparent le dialogue avec les élus et entre l'assemblée délibérante et l'exécutif local et d'assurer la comparabilité entre les offres, les établissements bancaires s'engagent à utiliser la classification proposée des produits en fonction des risques supportés par les collectivités.

Les prêts structurés ou les opérations d'échange de taux sont classés en fonction des risques qu'ils comportent, d'une part à raison de l'indice ou des indices sous-jacents et d'autre part de la structure du produit.

Les établissements signataires ne commercialisent que des produits correspondant à la typologie suivante :

Tableaux des risques

	INDICES SOUS-JACENTS
1	Indices zone euro
2	Indices inflation française ou inflation zone euro ou écart entre ces indices
3	Écarts d'indices zone euro
4	Indices hors zone euro. Écart d'indices dont l'un est un indice hors zone euro
5	Écart d'indices hors zone euro

	STRUCTURES
A	Taux fixe simple. Taux variable simple. Échange de taux fixe contre taux variable ou inversement. Échange de taux structuré contre taux variable ou taux fixe (sens unique). Taux variable simple plafonné (cap) ou encadré (tunnel)
B	Barrière simple. Pas d'effet de levier
C	Option d'échange (swaption)
D	Multiplicateur jusqu'à 3 ; multiplicateur jusqu'à 5 capé
E	Multiplicateur jusqu'à 5

ANNEXE 2

CHRONOLOGIE DE LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION ET D'ATTRIBUTION DES AIDES POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA VAGUE 1

t=0: transmission de l'instruction aux ARS

Étape 1 : Validation de l'éligibilité

La DGOS envoie à chaque ARS une liste provisoire des contrats éligibles au dispositif précisant pour chacun des contrats : le numéro finess de l'établissement public de santé, le nom de l'établissement, le capital restant dû au 31.12.2013 et l'établissement de crédit.

Chaque ARS valide la liste des contrats éligibles et met à jour les informations. Elle renvoie à la DGOS la liste ainsi validée et actualisée.

La DGOS procède à une validation finale de la liste. En l'absence de retour de la DGOS, les contrats sont réputés éligibles au dispositif et les ARS en informent chaque établissement concerné.

1 mois

Étape 2 : Dépôt de la demande d'aide

Le directeur de l'établissement transmet par voie électronique au directeur général de l'ARS une demande d'aide. La demande peut porter sur un ou plusieurs contrats. Pour chaque contrat concerné, la demande comportera obligatoirement toutes les pièces décrites dans la présente instruction.

1 mois

Étape 3 : Instruction au niveau régional

Les services de l'ARS vérifient la complétude du dossier et le transmettent aux services de la DRFiP. S'il est incomplet, ils en informent l'établissement et lui demandent de le compléter dans les meilleurs délais.

La DRFiP fournit à l'ARS une synthèse financière rétrospective de l'établissement.

L'ARS transmet à la DGOS le dossier complet composé de l'ensemble des pièces constituant la demande de l'établissement, la synthèse financière de la DRFiP, le dernier PGFP validé et l'analyse de la demande conduite par l'ARS.

2 mois

18/05/2015

Étape 4 : Instruction au niveau national

Les services de la DGOS instruisent le dossier pour déterminer le montant de l'aide à attribuer qui représente une fraction de l'indemnité de réaménagement anticipé (IRA), maximale de 75 %.
Le DGOS notifie à chaque établissement le montant de l'aide proposée par contrat concerné.
* : le délai de 5 mois peut être suspendu pour une durée maximale de 6 mois en cas de difficultés pour calculer valablement le montant d'aide (cf. instruction).

5 mois*

Étape 5 : Finalisation de l'accord

Le directeur de l'établissement fait connaître, par contrat, son acceptation ou son refus de l'aide proposée.

En cas d'acceptation, il transmet un dossier complémentaire à l'ARS composé de la copie de la transaction signée avec l'établissement de crédit et la convention signée avec le DG de l'ARS. Une copie de la décision du directeur de l'établissement et le cas échéant, du dossier complémentaire, est adressée à la DGOS et à la DRFiP.

1,5 mois

Étape 6 : Paiement

La DGOS engage la procédure de délégation de crédits aux ARS par arrêté modificatif FIR et/ou MIGAC. La délégation se fait par fractions annuelles pendant une période maximale de 10 ans.

A réception de la délégation, l'ARS notifie la première tranche de crédits aux établissements.

L'ARS informe la DRFiP de la date et du montant de l'aide effectivement versée à l'établissement.

1 mois minimum

ANNEXE 3

CHRONOLOGIE DE LA PROCÉDURE D'INSTRUCTION ET D'ATTRIBUTION DES AIDES POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE LA VAGUE 2

t=0: transmission de l'instruction aux ARS

Étape 1 : Validation de la liste des établissements entrant dans la vague 2 du dispositif

La DGOS envoie à chaque ARS une liste provisoire des contrats éligibles au dispositif précisant pour chacun des contrats : le numéro finess de l'établissement public de santé, le nom de l'établissement, le capital restant dû au 31.12.2013 et l'établissement de crédit.

Chaque ARS valide la liste des contrats éligibles et met à jour les informations. Elle renvoie à la DGOS la liste ainsi validée et actualisée.

La DGOS procède à une validation finale de la liste par retour de mail.

L'ARS informe l'établissement de son éligibilité à la deuxième vague du dispositif, ce dernier lui devant une réponse (accord ou refus d'émarger au dispositif) dans un délai d'une semaine.

L'ARS informe la DGOS et la DRFiP de la réponse de l'établissement dans les meilleurs délais.

1 mois

Étape 2 : Dépôt de la demande d'aide

Le directeur de l'établissement transmet par voie électronique au directeur général de l'ARS une demande d'aide. La demande peut porter sur un ou plusieurs contrats. Pour chaque contrat concerné, la demande comportera obligatoirement toutes les pièces décrites dans la présente instruction.

La DRFiP fournit à l'ARS une synthèse financière rétrospective de l'établissement.

1 mois

Étape 3 : Instruction au niveau régional

Les services de l'ARS vérifient la complétude du dossier. S'il est incomplet, ils en informent l'établissement et lui demandent de le compléter dans les meilleurs délais.

L'ARS transmet à la DGOS le dossier complet composé de l'ensemble des pièces constituant la demande de l'établissement, la synthèse financière de la DRFiP, le dernier PGFP validé et l'analyse de la demande conduite par l'ARS.

2 mois

30/10/2015

Étape 4 : Instruction au niveau national

Les services de la DGOS instruisent le dossier pour déterminer le montant de l'aide à attribuer qui représente au maximum 75 % de l'indemnité de réaménagement anticipé (IRA).
Le DGOS notifie à chaque établissement le montant de l'aide proposée par contrat concerné.
** : le délai de 5 mois peut être suspendu pour une durée maximale de 6 mois en ca de difficultés pour calculer valablement le montant d'aide (cf. instruction).*

5 mois*

Étape 5 : Finalisation de l'accord

Le directeur de l'établissement fait connaître, par contrat, son acceptation ou son refus de l'aide proposée.

En cas d'acceptation, il transmet un dossier complémentaire à l'ARS composé de la copie de la transaction signée avec l'établissement de crédit et la convention signée avec le DG de l'ARS. Une copie de la décision du directeur de l'établissement et le cas échéant, du dossier complémentaire, est adressée à la DGOS et à la DRFiP.

1,5 mois

Étape 6 : Paiement

La DGOS engage la procédure de délégation de crédits aux ARS par arrêté modificatif FIR et/ou MIGAC. La délégation se fait par fractions annuelles pendant une période maximale de 10 ans.

A réception de la délégation, l'ARS notifie la première tranche de crédits aux établissements. L'ARS informe la DRFiP de la date et du montant de l'aide effectivement versée à l'établissement.

1 mois minimum

ANNEXE 4

MODALITÉS DE COMPTABILISATION DE L'AIDE

L'objet de la présente annexe est de décrire les modalités de capitalisation de l'aide attribuée pour couvrir les indemnités de remboursement anticipé dans le cadre du présent dispositif ainsi que les schémas d'écritures. Les présentes modalités de comptabilisation sont applicables aux établissements des 2 vagues.

À l'issue de la signature de la convention avec le DGARS, l'EPS émet un titre de recette au compte 768 « Autres produits financiers » pour le montant total de l'aide accordée et acceptée par l'EPS.

1. Dans le cas où l'indemnité de remboursement anticipé est autofinancée ou capitalisée

L'indemnité de remboursement anticipé payée à la banque (et éligible à l'aide financière du fonds de soutien), est mandatée par l'ordonnateur au compte 668 « Autres charges financières ». Cette charge peut être étalée par inscription au compte 4817 « Charges à répartir sur plusieurs exercices – Indemnités de renégociation et de refinancement de la dette », conformément aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21 qui indique « Les indemnités de renégociation de la dette, capitalisées ou non, sont imputées au compte 668 "Autres charges financières". Elles peuvent être étalées sur la durée résiduelle de l'emprunt initial ou du nouvel emprunt si son terme est plus proche ».

Dans le cas où l'EPS choisit de ne pas étaler la charge correspondant à l'IRA, l'intégralité de l'aide du fonds devra être enregistrée en produit du même exercice au compte 768. Pour les IRA payées en 2014 avec une convention signée en 2015, le produit est comptabilisé sur l'exercice 2015 (compte 768) (cas 1 ci-dessous).

Dans le cas où l'EPS choisit d'étaler la charge correspondant à l'IRA, le produit comptabilisé (au compte 768) après signature de la convention sera en partie transféré en produit constaté d'avance (compte 487). Il sera ensuite rapporté au compte de résultat au même rythme que l'étalement de la charge (cas 2 *a* ci-dessous). Pour les IRA payées en 2014 avec une convention signée en 2015, le produit 2015 correspond à la quote-part des exercices 2014 et 2015. (cas 2 *b* ci-dessous).

Si une restructuration de dette concernant plusieurs emprunts est assortie d'une indemnité globale, l'étalement de cette indemnité doit être réalisé sur la durée pondérée restant à courir des différents emprunts avant renégociation, ou sur la durée du nouvel emprunt si celle-ci est plus courte.

Pour opérer cet étalement, le compte 4817 est débité en fin d'exercice du montant de ces pénalités par le crédit du compte 796 « Transferts de charges financières » au vu d'un mandat et d'un titre de recettes établis par l'ordonnateur (opération d'ordre budgétaire).

L'ordonnateur et le comptable veilleront à assurer une comptabilisation concordante du produit inscrit au compte 768 et de la charge inscrite au compte 668 (éventuellement étalée). Toutefois, pour les IRA payées en 2014 et pour lesquelles la notification de l'aide n'est pas intervenue à la clôture des comptes, aucun produit ne sera constaté en 2014.

2. Dans le cas où l'indemnité de remboursement anticipée est intégrée dans les conditions financières du prêt refinancé ou d'un prêt nouveau

Dans le cas où l'EPS choisit d'intégrer l'indemnité de remboursement anticipé dans les conditions financières du nouvel emprunt (intégration de l'indemnité dans les charges d'intérêt de l'emprunt), le compte 668 « Autres charges financières » est débité par le crédit du compte 796 « Transfert de charges financières » (opération d'ordre budgétaire). L'indemnité ainsi comptabilisée fera l'objet d'une mention en annexe du compte financier au titre des « engagements hors-bilan ».

L'indemnité incluse dans les charges d'intérêt du nouvel emprunt est comptabilisée chaque année lors du paiement des intérêts : Débit du compte 66111 « Intérêts des emprunts et dettes – Intérêts réglés à l'échéance » par le crédit du compte 4721 « Dépenses réglées sans mandatement préalable » ou le compte 4671 « Créditeurs divers » pour le montant des intérêts dus (y compris l'indemnité compensatrice). La part de l'indemnité remboursable au moyen des charges d'intérêt pour les exercices à venir doit être retracée dans l'annexe du compte financier, au titre des engagements hors bilan.

Le produit comptabilisé après signature de la convention sera en partie transféré en produit constaté d'avance (compte 487) ; il sera ensuite rapporté au compte de résultat au même rythme que le remboursement des charges d'intérêt de l'emprunt (cas 3 ci-dessous).

Les procédures relatives aux produits à recevoir, produits constatés d'avance et transferts de charges sont décrites de façon plus précises dans l'instruction M21.

Schémas de comptabilisation de l'aide

Comptes :

46721 Débiteurs divers – Amiable
4721 Dépenses réglées sans mandatement préalable
4817 Indemnités de renégociation et de refinancement de la dette
487 Produits constatés d'avance
515 Compte au Trésor
66111 Intérêts réglés à l'échéance
668 Autres charges financières
6862 Dotations aux amortissements des charges financières à répartir
768 Autres produits financiers
796 Transferts de charges financières

Cas 1 : dans le cas où l'EPS choisit de ne pas étaler la charge correspondant à l'IRA, l'intégralité de l'aide du fonds devra être enregistrée en produit du même exercice au compte 768.

Cas 1a

Exemple d'une IRA de 100 000 € et une aide de 75 000 € (fractions annuelles sur 10 ans 7 500 €) comptabilisées en 2015.

Traduction comptable (En K€)

46721		515		668		768	
75 (2)	7,5 (3)	7,5 (3)	100 (1)	100 (1)			75 (2)

(1) Paiement de l'IRA (mandat au compte 668).
(2) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(3) Encaissement de la fraction annuelle.

Impact sur le résultat :

75 – 100 = – 25 (correspond à la part de l'IRA non couverte par l'aide).

Cas 1b

Exemple d'une convention signée en 2015 (Montant total de l'aide : 75 000 €). L'aide est versée par fractions annuelles sur 10 ans à compter de 2015. L'IRA de 100 000 € est payée en 2016 sans étalement.

46721		487		515		668		768	
75 (1)	7,5 (2) 7,5 (5)	75 (6)	75 (3)	7,5 (2) 7,5 (5)	100 (4)	100 (4)		75 (3)	75 (1) 75 (6)

En 2015 :
(1) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(2) Encaissement de la fraction annuelle de l'aide.
(3) Neutralisation du montant total de l'aide : débit compte 768 crédit compte 487 (titre d'annulation au compte 768).

En 2016 :
(4) Paiement de l'IRA (mandat au compte 668).
(5) Encaissement de la fraction annuelle de l'aide.
(6) Rétablissement du produit pour le montant total de l'aide.

Cas 2 : dans le cas où l'EPS choisit d'étaler la charge correspondant à l'IRA, le produit comptabilisé (au compte 768) correspondant après signature de la convention sera en partie transféré en produit constaté d'avance (compte 487). Il sera ensuite rapporté au compte de résultat au même rythme que l'étalement de la charge.

Cas 2a

Exemple d'une IRA de 100 000 € payée en 2015 et d'une aide de 75 000 € (convention signée en 2015 et fractions annuelles sur 10 ans 7 500 €). Durée résiduelle de l'emprunt : 5 ans.

Traduction comptable (En K€)

46721		4817		487		515		668		6862		768		796	
75 (2)	7,5 (3)	100 (4)	20 (5)		60 (6)	7,5 (3)	100 (1)	100 (1)		20 (5)		60 (6)	75 (2)		100 (4)

(1) Paiement de l'IRA (mandat au compte 668).
(2) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(3) Encaissement de la fraction annuelle.
(4) Neutralisation en vue de l'étalement de la charge (mandat au compte 4817 et titre au compte 796).
(5) Comptabilisation de la charge à étaler en N : Débit compte 6862 Crédit compte 4817 20000 € (mandat au compte 6862).
(6) Neutralisation de la part de l'aide se rapportant aux exercices suivants : Débit compte 768 crédit compte 487 (titre d'annulation au compte 768).

Impact sur le résultat :

(100 + 75) – (100 + 20 + 60) = – 5 (Part de la charge à étaler non couverte par l'aide).

Cas 2b

Exemple d'une IRA de 100 000 € payée en 2014 et d'une aide de 75 000 € (convention signée en 2015 et fractions annuelles sur 10 ans 7 500 €). Durée résiduelle de l'emprunt : 5 ans

Traduction comptable (En K€)

46721		4817		487		515		668		6862		768		796	
75 (4)	7,5 (5)	100 (2)	20 (3)		45 (6)	7,5 (5)	100 (1)	100 (1)		20 (3)		45 (6)	75(4)		100 (2)

En 2014 :
(1) Paiement de l'IRA (mandat au compte 668).
(2) Neutralisation en vue de l'étalement de la charge (mandat au compte 4817 et titre au compte 796).
(3) Comptabilisation de la charge à étaler en N : Débit compte 6862 crédit compte 4817 20 000 € (mandat au compte 6862).

En 2015 :
(4) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(5) Encaissement de la fraction annuelle de l'aide.
(6) Neutralisation de la part de l'aide se rapportant aux exercices suivants : Débit compte 768 crédit compte 487 (titre d'annulation au compte 768).

Cas 2c

Exemple d'une convention signée en 2015 (Montant total de l'aide : 75 000 €). L'aide est versée par fractions annuelles sur 10 ans à compter de 2015. L'IRA de 100 000 € est payée en 2016. Durée résiduelle de l'emprunt : 5 ans.

Traduction comptable (En K€)

46721		4817		487		515		668		6862		768		796	
75 (1)	7,5 (2) 7,5 (5)	100 (6)	20 (7)	15 (8)	75 (3)	7,5 (2) 7,5 (5)	100 (4)	100 (4)		20 (7)		75 (3)	75 (1) 15 (8)		100 (6)

En 2015 :
(1) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(2) Encaissement de la fraction annuelle.
(3) Neutralisation de la part de l'aide se rapportant aux exercices suivants : Débit compte 768 crédit compte 487 (titre d'annulation au compte 768).

En 2016 :
(4) Paiement de l'IRA (mandat au compte 768).
(5) Encaissement de la fraction annuelle.
(6)Neutralisation en vue de l'étalement de la charge (mandat au compte 4817 et titre au compte 796).
(7) Comptabilisation de la charge à étaler en 2016 : Débit compte 6862 crédit compte 4817 20000 € (mandat au compte 6862).
(8) Rétablissement du produit à hauteur de la charge étalée en 2016 (titre au compte 768).

Cas 3 : dans le cas où l'EPS choisit d'intégrer l'indemnité de remboursement anticipé dans les conditions financières du nouvel emprunt (intégration de l'indemnité dans les charges d'intérêt de l'emprunt), le compte 668 « Autres charges financières » est débité par le crédit du compte 796 " Transferts de charges financières " (opération d'ordre budgétaire). L'indemnité ainsi comptabilisée fera l'objet d'une mention en annexe du compte financier au titre des « engagements hors-bilan ».

L'indemnité incluse dans les charges d'intérêt du nouvel emprunt est comptabilisée chaque année lors du paiement des intérêts : Débit du compte 66111 « Intérêts des emprunts et dettes – Intérêts réglés à l'échéance » par le crédit du compte 4721 « Dépenses réglées sans mandatement préalable » ou le compte 4671 « Créditeurs divers » pour le montant des intérêts dus (y compris l'indemnité compensatrice).

Le produit comptabilisé après signature de la convention sera en partie transféré en produit constaté d'avance (compte 487) ; il sera ensuite rapporté au compte de résultat au même rythme que le remboursement des charges d'intérêt de l'emprunt.

Exemple d'une IRA de 100 000 € et une aide de 75 000 € (fractions annuelles sur 10 ans 7 500 €). Durée résiduelle de l'emprunt : 20 ans.

Traduction comptable (En K€)

46721		4721		487		515		668		66111		768		796	
75 (2)	7,5 (3)	5 (4)	5 (5)		71,25 (6)	7,5 (3)	5 (4)	100 (1)		5 (5)		71,25 (6)	75 (2)		100 (1)

(1) Constatation de l'IRA (mandat au compte 668 et titre au compte 796).
(2) Comptabilisation de l'aide (titre au compte 768).
(3) Encaissement de la fraction annuelle.
(4) (5) Comptabilisation de l'IRA comprise dans les charges d'intérêts de l'exercice (mandat au compte 66111).
(6) Neutralisation de la part de l'aide se rapportant aux exercices suivants (75000-(75000/20)=71250) (Titre d'annulation au compte 768).

Impact sur le résultat :

(100 + 75) – (100 + 5 + 71,25) = – 1,25 (soit la différence entre la part de l'IRA remboursée dans l'année et la fraction de l'aide venant couvrir ce remboursement).

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau de l'organisation des relations sociales
et des politiques sociales (RH3)

Instruction DGOS/RH3 n° 2015-261 du 29 juillet 2015 relative à la sortie du régime d'assurance chômage des établissements publics de santé

NOR : *AFSH1519007J*

Validée par le CNP le 17 juillet 2015. – Visa CNP 2015-125.

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 : cette instruction apporte des précisions sur le changement de régime des établissements publics de santé en matière de gestion et d'indemnisation du chômage.

Mots clés : chômage – indemnisation – auto-assurance – Pôle emploi – convention de gestion.

Références :

Code du travail, notamment ses articles L. 5422-13 et L. 5424-1 à L. 5424-4 ;

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

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

1. Contexte

Avant la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les établissements publics de santé disposaient de deux options en matière d'assurance chômage :

- l'auto-assurance dont les modalités sont les suivantes :
  - l'auto-assurance stricte : l'établissement prend en charge la gestion (le calcul des indemnités pouvant être fait par ses soins ou avec l'aide d'une prestation de service, logiciel ou externalisation) et le financement et de l'indemnisation de ses anciens agents. Il peut aussi recourir à un prestataire de services (externalisation ou logiciel) pour assurer le calcul des indemnités et la délivrance de certains justificatifs ;
  - la convention de gestion : l'établissement conclut une convention avec Pôle emploi pour lui déléguer la gestion de l'indemnisation et conserve la charge financière de l'indemnisation ;
- l'adhésion au régime d'assurance chômage, qui permettait à l'établissement, en contrepartie d'une contribution versée à l'UNEDIC de voir les montants de l'indemnisation ainsi que la gestion pris en charge par Pôle emploi.

En fonction des contextes locaux, les établissements ont opté pour l'un de ces systèmes. Les évolutions du statut des établissements publics de santé qui découlent de la loi HPST ont consacré une évolution qui en fait désormais des établissements publics de l'État. Ce changement de statut a eu pour effet de supprimer la possibilité d'adhérer au régime de l'UNEDIC.

Les établissements sociaux et médico-sociaux ont conservé un rattachement local (article R. 315-6 du code de l'action sociale et des familles) et ne sont donc pas concernés par le changement de dispositif.

2. **Les modalités de changement de régime**

Après plusieurs prolongations de la période transitoire accordées à titre exceptionnel par le bureau de l'UNEDIC, il a été acté de tirer toutes les conséquences de la nouvelle situation des établissements publics de santé et de régulariser la situation de ceux maintenus en adhésion au régime d'assurance chômage de l'UNEDIC.

La date d'échéance de la fin de l'adhésion à l'UNEDIC au titre du régime d'assurance chômage a été fixée le 30 septembre 2015. Au plus tard à cette date, l'ensemble des établissements publics de santé anciennement adhérents devront avoir opté pour l'une des modalités de gestion suivantes : l'auto-assurance stricte, l'auto-assurance *via* convention de gestion avec Pôle emploi ou l'auto-assurance avec l'aide d'un prestataire de service.

La dénonciation par les établissements publics de santé de l'adhésion UNEDIC n'est pas nécessaire ; celle-ci prendra fin automatiquement, au 1er octobre 2015. Par ailleurs, Pôle emploi fournira à l'ACOSS la liste des établissements publics de santé désormais en convention de gestion, les autres seront automatiquement en auto-assurance stricte.

Si l'employeur est actuellement adhérent au système de l'UNEDIC et que le contrat d'un agent prend fin avant le 30 septembre 2015 en entraînant le versement d'une allocation pour perte involontaire d'emploi, l'indemnisation est prise en charge dans le cadre de cette adhésion et cela jusqu'à épuisement des droits.

Les discussions engagées avec Pôle emploi ont permis d'aboutir à une proposition de convention de gestion avec Pôle emploi permettant de leur déléguer la gestion et l'indemnisation du chômage. Tout établissement intéressé par la signature d'une convention de gestion avec Pôle emploi doit manifester son intérêt avant le 30 septembre 2015 auprès de Pôle emploi. Une priorité dans l'élaboration des conventions de gestion sera donnée aux établissements adhérant au régime d'assurance chômage.

3. **La convention de gestion avec Pôle emploi**

Pour les établissements publics de santé qui opteraient pour la signature d'une convention de gestion, Pôle emploi et la DGOS ont travaillé à l'élaboration d'une convention-type. Celle-ci permet aux établissements de confier la gestion de l'indemnisation chômage à Pôle emploi (l'établissement conserve la charge financière de l'indemnisation).

L'ensemble des salariés ou agents sont concernés quels que soient leur statut et leur contrat de travail.

Les prestations prévues par la convention de gestion

Par ce mécanisme, il incombe à Pôle emploi de gérer pour le compte des établissements publics de santé les prestations suivantes :

- l'examen des droits, les décisions d'attribution ou de rejet des demandes d'allocations et la notification des décisions aux intéressés ;
- le calcul et le versement des allocations et aides suivantes : allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), l'allocation d'aide au retour à l'emploi-formation (AREF) pour les formations inscrites dans le projet personnalisé d'accès à l'emploi (PPAE), l'aide à la reprise et à la création d'entreprise (ARCE), l'allocation décès, l'aide de fin de droit et l'aide pour congés payés ;
- le calcul, le prélèvement et le versement des cotisations sociales à l'URSSAF compétente ;
- le calcul et le prélèvement de la participation au financement des retraites complémentaires sur les allocations chômage (AGIRC-ARRCO) ;
- l'ensemble des déclarations fiscales et sociales, dont la notification des périodes indemnisées aux différents régimes de retraites des personnels sauf pour les retraites complémentaires ;

– les recours amiables et contentieux relatifs aux décisions prises par Pôle emploi y compris les recours aux médiateurs de Pôle emploi ;
– le recouvrement des sommes indûment perçues par les bénéficiaires des allocations et aides depuis la phase amiable jusqu'au terme de la phase contentieuse, ainsi que la gestion des contestations d'indus ;
– l'examen des cas individuels relevant de l'accord d'application n° 12 pris pour l'application de l'article 48 du règlement de l'assurance chômage.

À compter de la date d'effet de la convention de gestion, Pôle emploi prendra en charge l'ensemble des demandes d'allocations entrant dans le cadre de la convention.

Les obligations qui restent à la charge de l'employeur

L'employeur devra délivrer l'attestation employeur aux agents faisant l'objet d'une rupture du contrat afin que ceux-ci puissent faire valoir leurs droits auprès de Pôle emploi.

Lorsque des agents non titulaires sont affiliés à l'IRCANTEC, l'employeur n'a aucune démarche à entreprendre. En revanche si l'établissement emploie des agents affiliés à l'AGIRC-ARRCO il devra réaliser le versement des 3 % de cotisations dus au titre de la retraite complémentaire pour les périodes de chômage indemnisées de ces agents ainsi que la participation patronale.

L'employeur recevra des factures éditées par Pôle emploi au titre des frais de gestion des dossiers et du versement de l'indemnité à l'agent qu'il devra payer. Les montants facturés correspondent aux montants bruts des allocations (y compris charges sociales) versés au cours du mois précédent et aux frais de gestion.

L'employeur devra s'acquitter de la contribution de solidarité de 1 % auprès du Fonds de solidarité. Il est rappelé que les établissements peuvent souscrire à la procédure de déclaration en ligne (teleprocedure@fonds-de-solidarite.fr).

Le coût de la mise en place de la convention de gestion

Les frais de mise en œuvre de la convention de gestion sont de 4 800 €. Ces frais résultant de la comptabilité analytique correspondent à l'instruction du dossier de l'établissement public de santé, et de l'installation de la convention dans le système d'information de Pôle emploi.

Le montant de 4 800 € est un tarif négocié valable jusqu'au 30 septembre 2015. Il s'appliquera aux établissements sous convention UNEDIC ou en auto-assurance qui feront leur demande de conventionnement avant la date d'échéance. Un établissement en auto-assurance qui manifesterait son souhait de conclure une convention de gestion avec Pôle emploi après le 30 septembre 2015 se verra appliquer un tarif de 10 000 € de frais de mise en œuvre de la convention de gestion auxquels s'ajouteront les frais de migration.

Une fois la convention signée, les frais de gestion des dossiers des allocataires sont calculés à l'acte :

– 82,33 € pour le traitement d'un dossier d'indemnisation : ouverture du droit, versement de l'allocation et droits rechargeables ;
– 6,67 € pour le traitement mensuel de l'actualisation, que l'agent soit indemnisé ou non.

Les frais de gestion sont calculés et facturés annuellement en mai sur la période de l'exercice précédent. Une avance sur les frais de gestion est facturée mensuellement sur la base d'un pourcentage du montant des allocations versées.

Pour les établissements en auto-assurance, il est précisé qu'à ces frais s'ajouteront des frais de migration pour les dossiers en cours dès lors que la gestion de ceux-ci est transférée à Pôle emploi (coût variable en fonction du nombre de dossiers). Le transfert de ces dossiers en cours se fera progressivement en accord avec Pôle emploi à partir de 2016.

La fin de la convention de gestion

Un délai de prévenance est prévu pour pouvoir mettre fin à la convention de gestion avec Pôle emploi. Ce délai doit permettre aux établissements de reprendre progressivement la gestion des dossiers en cours traités par Pôle emploi.

Je vous remercie pour votre implication dans la mise en œuvre de la présente instruction et de bien vouloir nous faire part (dgos-rh3@sante.gouv.fr) des difficultés que vous pourriez rencontrer dans son application.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général
de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

La secrétaire générale adjointe
des ministères chargés des affaires sociales,
A. Laurent

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

CNG
Centre national de gestion

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à l'échelon spécial à la hors-classe des personnels de direction

NOR : *AFSN1530523A*

La directrice générale du Centre nationale de gestion,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 *ter* et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis de la commission administrative paritaire nationale du 16 juillet 2015,

Arrête :

Article 1er

Les directeurs d'hôpital hors classe ci-après sont inscrits, au titre de l'année 2015, sur la liste principale au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la hors-classe des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée :

1 Claude VENTURA.
2 Raymond GOMBERT.
3 Richard BREBAN.
4 Philippe JEAN.
5 Francis MOREL.
6 Jean-Pierre RAULT.
7 Marie-Aude POISSON.
8 Élisabeth AOUN-SARLIN.
9 Michele SEGADE.
10 Élisabeth PACREAU-LEDAIN.
11 Norbert VIDAL.
12 Lin DAUBECH.
13 Philippe POIRIER.

14 Jacques LAFFORE.
15 Christian LEMETAYER.
16 Michel LOUIS-JOSEPH-DOGUE.
17 Jean-Rémy BITAUD.
18 Gérard MASSON.
19 Michel FIVET.
20 Marc-François GUIMBARD.
21 Marie-Aleth BONNARD.
22 Yves POUJADE.
23 Guy DANDEL.
24 Jean Jacques ROYER.
25 Maurice GAUTIER.
26 Yvon SPETEBROODT.
27 Catherine PAUL.
28 Marie-Claude CONDAMINE-PAIRE.
29 Benoit RAULT.
30 Jean LIENARD.
31 Patrick CAMPHIN.
32 Dominique PERRIER.
33 Marie-Christine CORBEL.
34 Jean Pierre PATOUT.
35 André RENAUD.
36 Alain LAGUERRE.
37 Jean-Claude LARDY.
38 Gérard DELAHAYE.
39 Christian QUEYROUX.
40 Raymond CHAFFANEL.
41 Bernard BARRAL.
42 Gilles-André CUCHET.
43 Jacques MEYOHAS.
44 Marie Noëlle BOUCHAUD.
45 Robert BRENGUIER.
46 Jean-Yves TEXIER.
47 Patrick LAMBERT.
48 André DURAND.
49 Jean-Pierre BATARD.
50 Jean-Marie BARBOT.
51 Roland GONIN.
52 Martine VENIARD.
53 Jean BARRAUD.
54 Jean Marie CHEVALIER.
55 Dominique LAFOUGE.
56 Gérard TAESCH.
57 José LAPINA.
58 Serge COUNY.
59 Roger GLEASTERMAN.
60 Bernard LENFANT.
61 Claude PAGET.
62 Philippe SEROR.
63 Bruno CESCON.

64 Pierre GONIN.
65 Laurence NART.
66 Gérard DE DARAN.
67 Luc THIEL.
68 Gilles ECHARDOUR.
69 Jean Marc GUIGUE.
70 Rolande CARPENTIER.
71 Benoit DEMAS.
72 Jean-Pierre GONDRAN.
73 Jean-Michel PERY.
74 Guy CHIAMBARETTO.
75 Hervé MAGOTT.
76 Marc SALERNO.
77 Micheline LEHUBY.
78 Philippe WERNERT.
79 Jean-Louis BARRALON.
80 Jean Pierre PERREARD.
81 Marie-Josèphe BESSET.
82 Gérard GRIMAL.
83 Gérald SAILLET.
84 Philippe DE LORME.
85 Pierre GABERT.
86 Jean Paul TETARD.
87 Christine PESCE.
88 Dominique MICHEZ.
89 Jean Luc PICHON.
90 Alain LECHERF.
91 Jean-Roger PAUTONNIER.
92 Hugues DUFEY.
93 Léandre MARNAY.
94 Robert PEYRAT.
95 Gérard OLLIVIER.
96 Daniel PRANGE.
97 Jacques ADAM.
98 Jean-Paul PERROT.
99 Jean Pierre FRISCOURT.
100 Murielle ARONDEAU.
101 Jean-François DARBORD.
102 Martine REYMOND.
103 Claudine ANDRIEUX-BABAZ.
104 Catherine MAZE BLANDIN.
105 Catherine PAIN.
106 Catherine LESTIENNE.
107 Jean-Claude COQUEMA.
108 Christian JOLIVIERE.
109 Jacques TCHOUKRIEL.
110 Gérard MENUET.
111 Gilles MOULLEC.
112 Élisabeth CHRETIEN.
113 Jean Martin ANDARELLI.

114 Erik DUSART.
115 Pascal PICARD.
116 Jacques PONTIS.
117 Jean SERVIER.
118 Guy MATHIAUX.
119 Jean-Luc PALMA.
120 Jean GUICHETEAU.
121 Pierre PALUCH.
122 Yves CONDE.
123 Jean-Marc KILLIAN.
124 Michel BENTZ.
125 André SALAGNAC.
126 Jean-Claude BEUCHER.
127 Richard PIGNIER.
128 Michèle BERTRAND-PANEL.
129 Guy DUSAUTOIR.
130 Romain CABAUP.
131 Brigitte DE LA LANCE.
132 Philippe CIRRE.
133 Patrice LECOMTE.
134 Jean Michel ROSE.
135 Dominique CAPPELLI.
136 Antoine COULONDRE.
137 Catherine BARGHEON.
138 Christiane MICHELIN.
139 Brigitte SAL-SIMON.
140 Didier LARCHEVEQUE.
141 Michel PICHON.
142 Gilles HALIMI.
143 Olivier DESCAZOT.
144 Marie WARNIER.
145 Pierre BLEUNVEN.
146 Chantal BORNE.
147 Danielle BAUD.
148 Norbert CARL.
149 Jacques FOUGERE.
150 Michèle CADIOU.
151 Pierre MAGGIONI.
152 Pierre BECQUE.
153 Patricia NADAL.
154 Serge CROCHET.
155 Lyne ABRIBAT.
156 Marie-Renée TOULLEC.
157 Jean Louis PORTET.
158 Jean-Jacques OCHRYMCZUK.
159 Christine BIZIOT.
160 Élisabeth TURPIN.
161 Marie-Agnès AUBIN.
162 Philippe VERGER.
163 Maryse LEMAIRE.

164 Marie-Christine HIEBEL.
165 Odile BERTRAND.
166 Guy BOUDET.
167 Richard TOURISSEAU.
168 Hubert FAVELIER.
169 Patrick ABGUILLERM.
170 Martine CAMPA.
171 Jean Claude PICAL.
172 Rémy BRAJEUL.
173 Philippe DESMERGERS.
174 Jérôme LE THOMAS.
175 Jean DUFRAISSE.
176 Philippe MARQUET.
177 Jacques KOPP.
178 Didier BOURDON.
179 Pierre LAFFLY.

Article 2

Les directeurs d'hôpital hors classe ci-après sont inscrits, au titre de l'année 2015, sur la liste complémentaire au tableau d'avancement à l'échelon spécial de la hors-classe des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée comme suit :

1 Michel DESHAYES.
2 Yvon RICHIR.
3 Alain DOMINIQUE.
4 Georges RAKOTOVAO.
5 René ROMEZIN.
6 Alain TESSIER.
7 Jacqueline HELIES.
8 François-Marie CHAPUIS.
9 Corinne WILLIAMS-SOSSLER.
10 Élisabeth TOUTUT.
11 Jean-François CABON.
12 Patrick PLASSAIS.
13 Pierre GRESLE.
14 Michel BARTEL.
15 Hervé DANY.
16 Hélène LE ROY.
17 Patrick PENVEN.
18 Dominique BOUE.
19 Alain NESPOULOUS.
20 Yvan MANIGLIER.
21 Roland SANTANGELO.
22 Laurent GUIGNON.
23 Marie-Claire THERASSE.
24 Jean-Paul HOULIER.
25 Annick CLEMMER.
26 Michel ROSENBLATT.
27 Pascale CHAMPAGNOL-MAXIME.
28 Mathieu ACQUAVIVA.

29 Christian GARGAM.
30 Didier HOTTE.
31 Bernard LONGIN.

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.

Article 4

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

Fait le 17 juillet 2015.

Pour la directrice générale et par délégation :
La directrice générale adjointe,
M.-C. Châtenay-Rivauday-Marel

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

CNG
Centre national de gestion

Arrêté du 17 juillet 2015 portant inscription au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction

NOR : *AFSN1530524A*

La directrice générale,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6141-1 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée ;

Vu l'arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 *ter* et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis de la commission administrative paritaire nationale du 16 juillet 2015,

Arrête :

Article 1er

Les directeurs d'hôpital hors classe ci-après sont inscrits au titre de l'année 2015 au tableau d'avancement à la classe exceptionnelle des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée comme suit :

1. VAUCHELIN Alain.
2. KERFOURN Anselme.
3. BOUSIGES Richard.
4. PRUNIAUX Nicole.
5. DE SINGLY Chantal.
6. DIEBOLT Jean-Michel.
7. MOURGUES François.
8. CHARRIER Patrick.
9. ROEHRICH Bernard.
10. FRITZ André.
11. BERQUE Joël.
12. SERVAIS Gérard.

13. DOMY Philippe.
14. SOEUR Alain.
15. CASTEL Paul.
16. LANOT Jean-François.
17. JAHAN Philippe.
18. FRECHOU Denis.
19. HALOS Joseph.
20. ROMATET Jean-Jacques.
21. BRUBALLA Michel.
22. BONNET Frédéric.
23. ARMANTERAS Anne-Marie.
24. DECOUCUT Francis.
25. LECOMTE Jean-Paul.
26. RAZAFINDRANALY André.
27. VENNER Jacques.
28. CAILLAT Jean-François.
29. DEROUBAIX Dominique.
30. JACQUET Antoine.
31. PACHECO Antoine.
32. DEWITTE Jean-Pierre.
33. BUDET Jean-Michel.
34. DESMOTS Lionel.
35. NONQUE Didier.
36. BRAND Olivier.
37. BERNADET Arnaud.
38. PONS Pierre-Charles.
39. BARRAL Bruno.
40. COLLOMBET Alain.
41. DE RICCARDIS Antoine.
42. SEGADE Jean-Paul.
43. BREHIER Miguel.
44. MICHEL Alain.
45. FEUTRIE Jean-Louis.
46. LLANAS Helios.
47. CHASSANIOL Jean-Luc.
48. RICOMES Monique.
49. CASTETS Pierre-Philippe.
50. TOUPILLIER Danielle.
51. FOURNEREAU Francis.
52. PIQUEMAL Angel.
53. HOUSSEL Patrick.
54. POZZO DI BORGO Jean-Claude.
55. ROCHE Pierre.
56. COULIER Jean-Pierre.
57. BAROU Gilles.
58. BOUVIER-MULLER Emmanuel.
59. PARIS Philippe.
60. LATINIER Alain.

61. CHANTEUR Madeleine.
62. ARNAUD Jean-Olivier.
63. POINSIGNON Henri.
64. LESAGE Isabelle.
65. VINCENT Bruno.
66. DAGORN Claude.
67. MEUNIER Alain.
68. FORCIOLI Pascal.
69. BOUFFIES Joël.
70. PERROT Michel.
71. DUPONT Bernard.
72. VIGOUROUX Philippe.
73. ORIO Martine.
74. SIAHMED Hamid.
75. NUYTTEN Bernard.
76. LACHENAYE-LLANAS Chantal.
77. ULRICH Marie-Agnès.
78. GRAINDORGE Eric.
79. FIAT Christine.
80. ROUVET Vincent.
81. PORTAL Danielle.
82. PIGNARD Raoul.
83. VIGUIER Jean-Marc.
84. MAZUR Jean-Pierre.
85. PAUL Marie-Christine.
86. CAVALIER Monique.
87. MAURY François.
88. GLANES Michel.
89. CALMON Michel.
90. KAROL Daniel.
91. BERNARD Jean-Pierre.
92. VICENZUTTI Lucien.
93. CARROGER Chantal.
94. THEPOT Pierre.
95. LADOUCETTE Martine.
96. BLOCH Yves.
97. ANATOLE-TOUZET Véronique.
98. MATHIS Pascal.
99. SCHMIDT Thierry.
100. FAULCONNIER Bruno.
101. DEL SOL Fabrice.
102. GAUTIER Christophe.
103. LE LUDEC Thomas.

Article 2

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.

Article 3

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

Fait le 17 juillet 2015.

Pour la directrice générale
et par délégation :
La directrice générale adjointe,
M.-C. Châtenay-Rivauday-Marel

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières (RH4)

Instruction DGOS/RH4 n° 2015-237 du 10 juillet 2015 relative au référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé

NOR : *AFSH1517229J*

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-107.

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 préciser les fonctions de management fonctionnel des sages-femmes coordinatrices dans les établissements publics de santé.

Mots clés : sages-femmes – positionnement des sages-femmes chargées des fonctions de coordination – activités et compétences – formation.

Références :

Code de la santé publique (articles L. 4111-1 à L. 4111-4, L. 4151-1 à L. 4151-4, L. 5134-1, L. 6146-1, L. 6146-7, R. 4127-307, R. 4127-318, R. 6144-1, R. 6144-3-2 et R. 6144-6);

Décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 portant statut particulier des sages-femmes des hôpitaux de la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2014-1586 du 23 décembre 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de coordonnateur en maïeutique de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Annexe : Référentiel d'activités et de compétences des sages-femmes chargées d'organisation et de coordination en établissements publics de santé.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux de centre hospitalo-universitaire et directeurs de centre hospitalier.

Conformément aux engagements pris par la ministre chargée de la santé de mener des travaux spécifiques sur les fonctions d'encadrement des sages-femmes hospitalières, un travail d'approfondissement a été conduit par la direction générale de l'offre de soins pour définir les fonctions de management fonctionnel, les compétences et la formation des sages-femmes coordinatrices dans les établissements publics de santé, ainsi que l'accompagnement nécessaire pour mettre en place les évolutions attendues dans le champ de la prise en charge périnatale.

La meilleure reconnaissance du caractère médical de la profession de sages-femmes et l'évolution statutaire qui en découle ont en effet un impact conséquent sur la situation des cadres sages-femmes. La disparition des grades d'encadrement implique une redéfinition du rôle des sages-femmes cadres, une identification des missions de coordination et des responsabilités fonctionnelles ainsi qu'une évolution de l'organisation interne des établissements publics de santé.

Le groupe de travail installé dès l'automne 2014 a réuni les organisations représentatives de la fonction publique hospitalière, les organisations et associations professionnelles concernées (Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Association nationale des sages-femmes cadres, Association des diplômés et étudiants du master périnatalité, management et pédagogie) ainsi que les représentants des établissements publics de santé (Fédération hospitalière de France, conférences des directeurs, conférences des présidents de commission médicale d'établissement). Il avait pour objectif l'élaboration d'un référentiel d'activités et de compétences.

1. Objectifs du groupe de travail

L'évolution du modèle d'encadrement des sages-femmes a été actée dans le cadre des négociations sur la réforme du statut des sages-femmes hospitalières. Cette réforme statutaire a mis fin à l'encadrement hiérarchique de sages-femmes cadres et cadres supérieurs sur des sages-femmes qui exercent des activités de prise en charge cliniques. Cette évolution vers une autorité fonctionnelle implique de revoir les modes d'organisation des maternités et de définir les missions des sages-femmes en position de coordination dans les établissements publics de santé.

Le groupe de travail chargé d'approfondir le modèle d'encadrement des sages-femmes avait ainsi pour objectifs principaux :

- la réalisation de l'état des lieux des fonctions d'encadrement telles qu'elles existent aujourd'hui ;
- la définition des fonctions, missions et compétences des sages-femmes coordinatrices dans les établissements publics de santé ;
- l'organisation de l'accompagnement des sages-femmes cadres et cadres supérieurs actuelles vers un nouveau modèle de management ;
- l'analyse de la place de la formation, et plus particulièrement du master en périnatalité, management et pédagogie, pour l'exercice des missions de coordination en périnatalité ;
- la formulation de préconisations en matière d'organisation des maternités et de la prise en charge périnatale.

2. Le référentiel d'activités et de compétences

Le référentiel d'activités et de compétences, élaboré par le groupe de travail pour mieux définir les fonctions des sages-femmes coordinatrices, traduit l'évolution du modèle d'encadrement vers une coordination fonctionnelle.

Il a permis de définir les fonctions de coordination stratégique, d'organisation et de coordination opérationnelle exercées aujourd'hui par les cadres et cadres supérieurs en tenant compte des spécificités du contexte d'exercice (exemple : réseaux de périnatalité). Ce référentiel définit également les conditions d'accompagnement des cadres et cadres supérieurs dans l'évolution de l'organisation des maternités des établissements.

Ce référentiel constitue un outil mis à la disposition des établissements qui doit contribuer à la mise en œuvre de la réforme statutaire des sages-femmes des hôpitaux.

Je vous remercie de signaler à la sous-direction des ressources humaines du système de santé de la direction générale de l'offre de soins toute question qui pourrait survenir dans la mise en œuvre de ces préconisations.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE

RÉFÉRENTIEL D'ACTIVITÉS ET DE COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES CHARGÉES D'ORGANISATION ET DE COORDINATION EN ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Contexte de la réforme statutaire des sages-femmes hospitalières

Dans le cadre de la parution des nouveaux textes relatifs au statut médical des sages-femmes des hôpitaux au sein du titre IV de la fonction publique hospitalière, il convient de définir le rôle et les responsabilités des sages-femmes des hôpitaux de second grade « investies de responsabilités fonctionnelles en matière de coordination et de formation et de l'encadrement d'équipes soignantes », en regard des missions managériales qui incombent aux sages-femmes au sein des structures de gynécologie-obstétrique conformément aux dispositions de l'article L. 6146-7 du code de la santé publique[1].

Le positionnement des sages-femmes chargées des fonctions de coordination est à déterminer. En effet, la suppression des grades d'encadrement opère une modification dans les organigrammes des unités de gynécologie et d'obstétrique et dans l'organisation/conception des unités physiologiques.

Cette réforme permet de rappeler que dès lors qu'un pôle comprend une activité d'obstétrique, le chef de pôle, doit être assisté d'une collaboratrice sage-femme. En fonction de la définition du périmètre du pôle, et notamment si les activités dépassent majoritairement le cadre du secteur femme-enfant, il conviendra d'envisager la participation d'un collaborateur paramédical à la gestion de ce pôle. Une attention particulière doit être accordée au respect des compétences de chacun dans la gestion des pôles et l'organisation de la permanence institutionnelle de l'encadrement.

Distinction autorité fonctionnelle/autorité hiérarchique

L'autorité hiérarchique est l'autorité qui détient le pouvoir de nomination. Elle est caractérisée par un lien de subordination entre le supérieur hiérarchique et l'agent subordonné. L'autorité hiérarchique dispose ainsi d'un pouvoir de contrôle.

L'autorité fonctionnelle confère des missions d'encadrement et d'organisation du travail dans le but de mettre en œuvre un projet et réaliser des objectifs. Dans le cadre d'une organisation fonctionnelle, ces missions sont limitées au domaine d'expertise et au champ de compétences du détenteur de l'autorité fonctionnelle.

Définition des fonctions d'organisation et de coordination

La nouvelle architecture statutaire acte le principe d'une absence de hiérarchie entre les sages-femmes et confie aux sages-femmes du second grade chargées de fonctions de coordination la mission d'organiser l'activité et d'élaborer et mettre en œuvre les projets en maïeutique en collaboration avec les autres professions médicales.

Les responsabilités fonctionnelles des sages-femmes des hôpitaux du second grade couvrent ainsi les activités d'organisation de proximité des activités de soins, de coordination des équipes, de pilotage des maternités, de gestion d'unités physiologiques et d'assistance du chef de pôle.

Deux niveaux de responsabilité sont identifiés :

– un niveau de coordination stratégique qui concerne le pilotage des activités ;
– un niveau d'organisation des soins en maïeutique et de missions transversales.

L'objectif est d'assurer une prise en charge médicale efficiente des femmes et des nouveau-nés et de coordonner les différents parcours de soins. Les activités de coordination s'exercent dans le respect des compétences des sages-femmes.

Les sages-femmes chargées de fonctions de coordination stratégiques et opérationnelles s'appuient sur les équipes de sages-femmes pour conduire à bien leurs missions. Les sages-femmes exerçant les activités de prise en charge clinique sont associées à l'élaboration, à l'organisation et à l'évaluation des activités en maïeutique.

[1] Article L. 6146-7 du code de la santé publique : « Les sages-femmes sont responsables de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence. Elles participent à leur évaluation et aux activités de recherche en collaboration avec les praticiens du pôle d'activité clinique ou médico-technique. »

Coordination stratégique

La fonction de coordination s'inscrit dans une perspective de pilotage stratégique des activités en maïeutique au niveau de l'établissement en lien avec les réseaux de soins et le réseau ville-hôpital.

La sage-femme coordinatrice participe sous l'autorité hiérarchique de la direction de l'établissement et en collaboration directe avec le médecin chef de pôle à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet médical, notamment dans son volet maïeutique. Son activité professionnelle et la démarche médicale qu'elle pilote auprès de la communauté des sages-femmes s'appuient sur un management stratégique de la qualité et de la performance des soins en maïeutique, en cohérence avec le projet de l'établissement, les activités médicales et les recommandations en vigueur.

1. Missions générales et activités

Planification	Pilotage de l'élaboration du projet médical en maïeutique en cohérence avec les besoins des patients, des personnels et des étudiants. Promotion de l'expérimentation des parcours de soins. Identification des besoins nécessaires à la mise en œuvre du projet médical périnatal et à la mise en place des unités physiologiques. Élaboration des processus de prise en charge de la physiologie en pré, per et post-natal. Pilotage de la politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques en maïeutique et participation à la certification de l'établissement. Pilotage de la politique d'évaluation des pratiques professionnelles et de développement professionnel continu. Élaboration en concertation avec les sages-femmes chargées de l'organisation des structures fonctionnelles du plan de formation des personnels. Pilotage médico-économique en lien avec les sages-femmes chargées de l'organisation. Définition et animation d'une politique de recherche en soins courants en maïeutique.
Réalisation	Proposition d'un programme de travail annuel en lien avec les besoins identifiés. Mise en œuvre au regard des besoins institutionnels ou des usagers de la naissance de projets cohérents, identifiés et validés. Réalisation de protocoles en maïeutique. Participation à la rédaction des protocoles pluridisciplinaires de gynéco-obstétrique, pédiatrie, etc. Communication et collaboration internes et externes en direction des professionnels des établissements de santé du département et de la région, des partenaires libéraux et des usagers. Développement des coopérations en participant à la dynamique des réseaux de périnatalité. Gestion et responsabilité d'une filière physiologique. Collaboration au recrutement des sages-femmes et autres professionnels.
Évaluation	Suivi, évaluation et valorisation des projets. Évaluation et actualisation des protocoles en maïeutique. Participation à l'évaluation des protocoles pluridisciplinaires. Évaluation des sages-femmes sur la manière de servir.

Ses missions sont articulées autour du parcours des patientes, de leur prise en charge en pré, per et post-natale et en santé génésique.

L'évaluation et la notation sont une compétence de l'autorité investie du pouvoir de nomination. La note et les appréciations générales expriment la valeur professionnelle et comptent pour l'avancement. Compte tenu de leur qualité de personnel médical, la procédure d'évaluation et de notation des sages-femmes ne relève pas de la direction des soins. Elle est organisée et conduite par la sage-femme chargée de la coordination stratégique en lien avec les sages-femmes assurant des missions de coordination opérationnelle. L'évaluation porte sur la manière de servir dans le cadre institutionnel et les compétences qui y sont déployées et non sur l'exercice de leur profession médicale.

2. Compétences requises

Avoir une expertise médicale en maïeutique, périnatalité et santé génésique.

Maîtriser le cadre réglementaire du système de soins français et des enjeux et évolution dans le domaine de la santé publique et de la périnatalité.

Maîtriser le cadre réglementaire de la gestion hospitalière et les outils d'évaluation.

Maîtriser les dispositions législatives et réglementaires afférentes à la santé des femmes et des nouveau-nés.

Animer et gérer des équipes pluriprofessionnelles dans l'interdisciplinarité.

Impulser une dynamique et une culture autour de l'organisation des soins en maïeutique.

Piloter des projets.

Conduire une négociation en interne, auprès des tutelles.

Anticiper et promouvoir des évolutions dans le champ de la périnatalité.

Prendre des décisions.

Organisation et coordination opérationnelle

La fonction d'organisation vise la gestion opérationnelle des ressources et des moyens de structures fonctionnelles en veillant à l'efficience et à la qualité de la prise en charge dans le cadre d'objectifs concrets fixés conformément aux projets définis à court et moyen termes.

Les sages-femmes chargées de ce niveau d'organisation assurent le management au quotidien des ressources humaines et matérielles. Elles sont garantes de la sécurité et de la qualité des soins. À ce titre, elles sont fortement impliquées dans la prise en charge clinique des patientes et contribuent au quotidien à la mise en œuvre, à l'évaluation et à l'amélioration des parcours de soins.

DOMAINE D'ACTIVITÉ	ORGANISATION ET GESTION DE L'ACTIVITÉ
Activités	Participation à l'élaboration du projet de service ou du projet de pôle et des contrats de pôle. Évaluation de la charge de travail, participation à la définition des besoins et à la répartition des moyens et des ressources. Élaboration, proposition et évaluation des modes d'organisation en collaboration avec les secteurs concernés. Organisation des soins dans le respect de la politique institutionnelle et périnatale nationale. Gestion et responsabilité d'une filière physiologique.
Compétences	Maîtriser la gestion de production de soins. Identifier les besoins. Prévoir les activités. Analyser les modes d'organisation. Gérer les aléas et adapter les ressources.

DOMAINE D'ACTIVITÉ	MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES
Activités	Participation au recrutement du personnel. Prévision et gestion des effectifs et des mouvements. Participation au développement des compétences des professionnels. Encadrement et évaluation des équipes soignantes. Organisation des stages des étudiants avec les écoles de maïeutique et autres instituts de formation. Information et communication. Conduite de projets et accompagnement du changement.
Compétences	Accompagner et fédérer les équipes autour des projets. Conduire des entretiens de recrutement ou professionnels. Repérer et anticiper les besoins en formation et participer à la construction d'un plan de formation. Animer des réunions. Prévenir et gérer les conflits. Expliquer, négocier, communiquer. Accompagner le changement. Faciliter l'intégration des stagiaires et nouveaux arrivants.

DOMAINE D'ACTIVITÉ	MANAGEMENT DES RESSOURCES ÉCONOMIQUES
Activités	Participation à la valorisation de l'activité et à l'identification de l'activité propre des sages-femmes. Participation à l'élaboration d'indicateurs de suivi et tableaux de bord et à l'analyse de l'activité. Participation à l'élaboration et au suivi budgétaire de l'unité en collaboration avec les gestionnaires de pôle et les contrôleurs de gestion. Gestion des délégations de gestion. Gestion des ressources matérielles et logistiques. Participation à l'établissement du plan pluriannuel d'investissement du pôle. Réalisation d'un rapport annuel d'activité.
Compétences	Maîtriser la gestion économique et budgétaire. Maîtriser l'utilisation d'outils de gestion. Savoir suivre et analyser des tableaux de bord. Recenser les besoins matériels et logistiques. Assurer le suivi des ressources et la gestion d'enveloppes budgétaires.

DOMAINE D'ACTIVITÉ	GESTION DE LA QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES
Activités	Mise en œuvre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Identification des risques en maïeutique, élaboration et suivi de la cartographie des risques. Participation à la gestion des évènements indésirables. Participation à l'évaluation des pratiques professionnelles. Élaboration et mise en œuvre des plans d'actions d'amélioration. Contribution à la mise en place et au suivi des revues de morbi-mortalité. Participation à l'évaluation de la qualité des prestations de soins de l'unité. Participation à la politique institutionnelle de gestion des risques et à la certification de l'établissement. Gestion des relations de proximité avec les usagers. Définition et animation d'une politique de recherche en soins courants en maïeutique.

DOMAINE D'ACTIVITÉ	GESTION DE LA QUALITÉ ET GESTION DES RISQUES
Compétences	Maîtriser les techniques, outils et méthodes de management de la qualité et gestion des risques. Identifier les situations à risque. Évaluer la qualité des prestations. Mettre en œuvre des procédures et protocoles et hiérarchiser les actions à mettre en œuvre.

Accompagnement et formation

La réforme statutaire des sages-femmes hospitalières implique une évolution dans la coordination des maternités et de la prise en charge périnatale qui doit être accompagnée dans les établissements. Deux principes guident l'évolution du modèle de management en maïeutique : la formation des sages-femmes chargées de coordination et la garantie de la continuité des parcours professionnels.

1. Accompagnement des cadres et cadres supérieurs

L'accompagnement des cadres et cadres supérieurs actuels doit être assuré que ce soit vers des fonctions de coordination, pour l'accès au statut d'emploi ou dans le cadre de retour à des activités cliniques. Des priorités de formation pourront ainsi être envisagées le cas échéant.

2. Formation d'adaptation à l'emploi

L'importance de la formation d'adaptation à l'emploi pour l'accès aux responsabilités fonctionnelles est réaffirmée. La formation aux fonctions de coordination est prévue dans les textes statutaires, mais il appartient à chaque établissement de déterminer les modalités de formation adéquates pour permettre l'adaptation au poste et s'assurer de la maîtrise des compétences attendues en matière de coordination en périnatalité : gestion et encadrement, organisation des soins, santé publique, périnatalité, économie de la santé, recherche.

Les établissements peuvent mobiliser l'offre de formation existante en fonction des parcours individuels des sages-femmes. Le master en périnatalité, management et pédagogie de l'université de Bourgogne répond de manière globale aux exigences des fonctions de coordination et permet aux sages-femmes d'accéder par la suite au statut d'emploi pour lequel un diplôme de niveau I en gestion et pédagogie dans le domaine de la périnatalité est requis.

3. Continuité des projets professionnels

Les sages-femmes engagées dans un projet professionnel de management peuvent bénéficier des nouvelles perspectives offertes par le statut dès lors que les conditions d'ancienneté prévues à l'article 20 du décret n° 2014-1585 du 23 décembre 2014 sont remplies. Lorsque les conditions d'accès au second grade ne sont pas remplies, les affectations sur des fonctions de coordination pourront être réalisées de manière transitoire en qualité de « faisant fonction ».

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société BUSINESS GEOGRAFIC pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées aux moyens des applications fournies par les clients à des fins de suivi médical

NOR : *AFSZ1530580S*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 23 avril 2015 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 16 juillet 2015,

Décide :

Article 1er

La société BUSINESS GEOGRAFIC est agréée en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées aux moyens des applications fournies par les clients à des fins de suivi médical.

Article 2

La société BUSINESS GEOGRAFIC s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 5 août 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué,
P. Burnel

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Décision du 5 août 2015 portant agrément de la société LOMACO pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par le client et installées sur la plateforme technique d'hébergement

NOR : *AFSZ1530581S*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 9 juillet 2015 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 16 juillet 2015,

Décide :

Article 1er

La société LOMACO est agréée en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par le client et installées sur la plateforme technique d'hébergement.

Article 2

La société LOMACO s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 5 août 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué,
P. Burnel

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau qualité et sécurité des soins

Direction générale de la santé

Sous-direction de la prévention
des risques infectieux

Bureau maladies infectieuses, risques
infectieux émergents et politique vaccinale

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques d'appui

Instruction DGS/RI1/DGOS/PF2/DGCS n° 2015-212 du 19 juin 2015 relative à la mise en œuvre de la lutte contre l'antibiorésistance sous la responsabilité des agences régionales de santé

NOR : *AFSP1514775J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP, le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-110.

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

Résumé : les objectifs de cette instruction sont de : remplacer la circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 qui prévoyait des mesures relatives au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et qui mettait en place à titre expérimental des centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux ; élargir le champ de cette précédente circulaire à l'ensemble des secteurs de soins dans un objectif de décloisonnement, et mettre en lumière le rôle de pilotage des ARS par la mise en place d'une politique régionale autour du bon usage des antibiotiques et ceci par l'animation des structures, réseaux et professionnels concernés, et par la mise en œuvre d'actions prioritaires dans tous les secteurs de soins compte tenu de la menace de santé publique avérée.

Mots clés : antibiorésistance – médicament antibiotique – réseau – professionnels de santé – établissements de santé – établissements médico-sociaux – soins de ville – infections associées aux soins – évaluation pratique professionnelle – santé publique.

Références :

Articles L. 1431-1, L. 6111-2 CSP, L. 5126-5 du code de la santé publique ;

Article R. 6111-10 (décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé) et article R. 6111-8 du code de la santé publique (décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins) ;

Article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments en établissement de santé;

Arrêté du 7 avril 2011 modifié relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé;

Arrêté du 11 février 2014 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins;

Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé;

Circulaire DGS/RI1/DGOS/DGCS n° 2014-316 du 17 novembre 2014 relative à la vaccination contre la grippe saisonnière dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux;

Circulaire du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissement de santé;

Circulaire n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015;

Instruction DGOS/PF2/DGS/RI1 n° 2014-08 du 14 janvier 2014 relative aux recommandations pour la prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes;

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-66 du 4 mars 2014 relative au bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé pour l'année 2013;

Instruction DGOS/PF2 n° 2014-152 du 16 mai 2014 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public, par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Circulaires abrogées : circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

Annexes :

Annexe 1. – Structures régionales de vigilance et d'appui en antibiothérapie.

Annexe 2a. – Principales sources de données (nationales, interrégionales, régionales) permetant d'avoir des retours au niveau national ou de comparaison entre régions.

Annexe 2b. – Exemples d'outils permettant le suivi des résistances et des consommations au niveau local.

Annexe 3. – Suivi des consommations et des résistances bactériennes au niveau local et utilisation de ces informations.

Annexe 4. – Développement du conseil en antibiothérapie.

Annexe 5. – Actions prioritaires en établissement de santé.

Annexe 6. – Actions prioritaires dans le secteur de soins de ville.

Annexe 7. – Actions prioritaires en établissement médico-social.

Annexe 8. – Glossaire.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion); Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé; Mesdames et Messieurs les présidents de commission médicale d'établissement et aux conférences médicales d'établissement; Monsieur le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (pour attribution); Mesdames et Messieurs les responsables des centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales (CClin) et des antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales (Arlin); Mesdames et Messieurs les coordinateurs des observatoires des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT); Mesdames et Messieurs les responsables des centres de conseil en antibiothérapie (pour information).

État des lieux

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la résistance aux antibiotiques est désormais une grave menace pour la santé publique[1]. Le contrôle de cet enjeu majeur passe par un changement des comportements dans tous les secteurs de soins, en ville, en établissement de santé et dans le secteur médico-social.

Le rapport conjoint de l'Institut de veille sanitaire (InVS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du 18 novembre 2014[2] indique que la consommation française d'antibiotiques demeure encore très supérieure à la moyenne européenne d'environ 30 %. Si l'on compare la consommation en 2013 à celle de 2001 (mise en place du premier plan antibiotiques), la consommation a seulement baissé de 8,5 % en ville. Cette évolution préoccupante se confirme : après une baisse importante de 19 % en 2004 en ville, la consommation a continuellement augmenté au cours de ces trois dernières années (+ 4,9 %). En établissement, si l'on retient le même indicateur, la situation est assez comparable (+ 2,2 %). Entre 2011 (date de mise en place du plan antibiotiques 2011-2016) et 2013, la consommation d'antibiotiques a augmenté de 28,7 à 30,1 doses définies journalières, (DDJ)/1000 habitants/jour en ville et de 2,1 à 2,2 DDJ/1000 habitants/jour en établissement de santé, soit une augmentation globale d'environ 5 %, essentiellement due à la ville. En 2013, selon l'ANSM, en volume, 90 % de la consommation des antibiotiques se fait dans le secteur de ville et 10 % dans les établissements de santé.

Si des progrès ont été observés dans la maîtrise de la diffusion de certaines bactéries résistantes (staphylocoques résistants à la méticilline, pneumocoques résistants à la pénicilline…), elle s'aggrave en revanche pour d'autres : entérobactéries avec la diffusion croissante de souches productrices de bêta-lactamases à spectre étendu (EBLSE) et émergence de souches productrices de carbapénémases (EPC).

Pour la médecine vétérinaire, le niveau d'exposition des animaux aux antibiotiques en 2013 a par ailleurs diminué de 7,3 % par rapport à l'année 2012, et de 15,7 % sur les cinq dernières années. Cette évolution globale doit être nuancée en fonction des espèces de destination et des familles de molécules[3]. Cependant, sur les cinq dernières années, l'exposition aux céphalosporines de 3e et 4e générations a augmenté de 14,1 %, alors que l'exposition aux fluoroquinolones est restée quasiment stable.

Dans ce contexte, l'usage raisonné des antibiotiques constitue une priorité nationale. Elle impose que la politique établie nationalement soit déclinée de façon opérationnelle au niveau régional, dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et dans le secteur de la ville avec notamment la mise en place d'actions prioritaires pour maîtriser les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes.

Au niveau national, un objectif de réduction des consommations des antibiotiques en ville et en établissement de santé a été défini pour rejoindre la moyenne européenne en cinq ans.

Objectifs de l'instruction

Compte tenu de la publication du décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 relatif notamment aux référents en antibiothérapie dans les établissements de santé, des objectifs poursuivis par le plan antibiotique 2011-2016, de l'évolution de l'indicateur ICATB2, de la publication par l'ANSM d'une liste d'antibiotiques « critiques » et de l'évolution des travaux menés par les centres de conseil en antibiothérapie, la présente instruction vise à :

- remplacer la circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 qui prévoyait des mesures relatives au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et qui mettait en place à titre expérimental des centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux ;
- élargir le champ de la précédente circulaire à l'ensemble des secteurs de soins (ville, établissements de santé, médico-social) dans un objectif de décloisonnement, mettre en lumière les rôles de pilotage des ARS, et des services de l'assurance maladie par la mise en place d'une politique régionale autour du bon usage des antibiotiques et ceci par l'animation des structures, réseaux et professionnels concernés, et par la mise en œuvre d'actions prioritaires dans tous les secteurs de soins compte tenu de la menace de santé publique avérée.

[1] http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/amr-report/fr/.

[2] Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable (18 novembre 2014) : http://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-necessite-d-une-mobilisation-determinee-et-durable-Communique.

[3] Rapport Anses Suivi des ventes de médicaments vétérinaires contenant des antibiotiques en France en 2013 : volumes et estimation de l'exposition des animaux aux antibiotiques.

La présente instruction s'intègre dans la démarche de parcours énoncée par la stratégie nationale de santé, dans lequel le patient est lui-même acteur de sa santé et de sa prise en charge et qui implique un décloisonnement des organisations, une articulation des interventions des professionnels, des services et établissements sanitaires et médico-sociaux d'un territoire.

Elle met en œuvre les priorités établies dans le plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et est en cohérence avec :

– le programme national pour la sécurité des patients (PNSP) 2013-2017 dont l'axe 1 est consacré à la place du patient comme coacteur de sa sécurité ;
– le programme national de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015) dont l'axe 2 est consacré au renforcement de la prévention et de la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins (ville, établissements de santé et médico-sociaux) ;
– le programme national santé-environnement 3 ;
– et les travaux menés conjointement en médecine vétérinaire (concept « Une seule santé » [One Health]).

I. – RÔLE DE L'ARS DANS LA MISE EN ŒUVRE TERRITORIALISÉE DE LA LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE

Les ARS des régions qui fusionnent dans le cadre de la réforme territoriale conçoivent d'emblée les plans d'actions ensemble.

A. – L'ARS EN COORDINATION AVEC LES SERVICES DE L'ASSURANCE MALADIE MET EN ŒUVRE LE PLAN D'ALERTE SUR LES ANTIBIOTIQUES EN RÉGION

Conformément à l'article L. 1431-1 du code de la santé publique, l'ARS a pour mission de définir et de mettre en œuvre un ensemble coordonné de programmes et d'actions concourant à la réalisation, à l'échelon régional et infrarégional des objectifs de la politique nationale de santé définie à l'article L. 1411-1.

Le Plan national d'alerte sur les antibiotiques rappelle la nécessité d'une mise en œuvre territorialisée de la politique de juste utilisation des antibiotiques et de la lutte contre l'antibiorésistance, sous la responsabilité des ARS en coordination avec les services de l'assurance maladie (*cf.* page 9 du plan 2011-2016).

1. **Missions de l'ARS**

Dans le cadre de la présente instruction, les ARS agissant en coordination avec les services de l'assurance maladie, et en lien avec les partenaires et les acteurs de la lutte contre l'antibiorésistance ont pour missions de :

– mobiliser l'ensemble des professionnels de santé du secteur des soins de ville et des établissements de santé et médico-sociaux, en utilisant des leviers tels la contractualisation, par le développement d'actions de sensibilisation, de recommandations, d'actions de formation et de la mise en place d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP) liées à l'usage raisonné des antibiotiques ou de programmes de développement professionnel continu (DPC) dans la région. L'ARS peut compléter les orientations nationales du DPC par des orientations régionales spécifiques, en cohérence avec le programme régional de santé (PRS) ;
– garantir une mise en œuvre effective du conseil en antibiothérapie à l'attention de l'ensemble des professionnels de santé de la région avec possibilité de mutualisation interrégionale de ce conseil ;
– mettre en place des actions prioritaires à destination des professionnels et des établissements et ceci en lien avec les actions de lutte contre les infections associées aux soins, à partir :
  – du contexte territorial (épidémiologie, consommation, profils de prescripteurs, vaccination, épidémies, populations...) ;
  – du suivi des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes au niveau local, en lien avec les méthodologies retenues au niveau national (CNAMTS, InVS) ;
  – du suivi des certifications pour les établissements de santé (critères 8g Maîtrise du risque infectieux et 8h Bon usage des antibiotiques) ;
  – de l'analyse des rapports d'étapes des contrats de bon usage (CBU) et des rapports des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et des indicateurs associés : indicateurs de qualité et de sécurité des soins et indicateur de bon usage des antibiotiques (ICATB2 et suivants), des contrats d'amélioration de la pertinence des soins ;

  - de l'analyse des actions de gestion du risque en lien avec l'assurance maladie (prescriptions hospitalières exécutées en ville [PHEV]);
  - du suivi et de l'analyse d'indicateurs régionaux s'ils existent;
- développer le partage d'expérience:
  - au niveau régional et interrégional entre les acteurs de tous les secteurs de soins notamment par la restitution semestrielle des résultats régionaux et individuels à destination des établissements et des professionnels de ville en lien avec l'assurance maladie;
  - au niveau national en lien avec les agences et autorités;
- promouvoir une information et une implication du patient à toutes ses étapes de prise en charge sur l'usage raisonné des antibiotiques.

2. **Identification d'un chargé de mission ARS sur l'antibiorésistance**

Le directeur général de l'ARS identifie un chargé de mission ARS sur l'antibiorésistance, avec un temps dédié suffisant et adapté. Celui-ci est un agent de l'ARS. Pour faciliter la cohérence et la fluidité des actions au sein de l'ARS, le chargé de mission sur l'antibiorésistance doit travailler en collaboration étroite avec le référent bilans LIN/référent CBUM-gestion du risque, du référent gestion des risques et du pilote du réseau régional des vigilances.

Il élabore et met en œuvre la politique régionale sur les antibiotiques pour le compte du directeur général de l'ARS. Celui-ci mobilise les acteurs et veille à la coordination de leurs actions en assurant notamment le lien avec l'ensemble des structures régionales d'appui et réseaux de professionnels ainsi qu'avec les autorités nationales.

Le chargé de mission ARS sur l'antibiorésistance, en s'appuyant sur des partenariats avec les structures régionales de vigilance et d'appui, et en lien avec le directeur coordonnateur de la gestion du risque (DCGDR) de l'assurance maladie, a notamment pour mission:

- de structurer et de coordonner le réseau des référents en antibiothérapie. À cet effet les établissements de santé transmettent les coordonnées du référent en antibiothérapie au chargé de mission ARS sur l'antibiorésistance afin d'établir l'annuaire des référents en antibiothérapie qui doit être actualisé;
- d'organiser la connaissance locale des consommations et des résistances afin de contribuer à l'ajustement réactif du conseil en antibiothérapie, en proposant aux établissements les outils adaptés;
- d'identifier les actions menées sur les territoires de santé de l'ARS et faciliter leur partage régional, interrégional voire national;
- de proposer au directeur général de l'ARS des actions prioritaires;
- de promouvoir les actions visant à réduire les disparités territoriales, en prenant notamment en compte les variations interrégionales en termes de consommation et de résistances;
- de coordonner les actions des structures régionales de vigilance et d'appui dans ce domaine;
- de promouvoir l'information sur l'usage raisonné des antibiotiques visant à une implication du patient à toutes ses étapes de prise en charge.

Le ministère organisera régulièrement des réunions de travail et d'échanges avec les chargés de mission ARS sur l'antibiorésistance identifiés, les représentants des DCGDR et la CNAMTS.

B. – L'animation d'un réseau par l'ARS

La mise en œuvre des actions prioritaires de conseil en antibiothérapie, de suivi des consommations et des résistances et de toute autre action jugée utile par l'ARS nécessite une synergie des acteurs mobilisables et un partage d'informations.

L'animation de la politique régionale réalisée par l'ARS en coordination avec les services de l'assurance maladie passe par une collaboration effective et opérationnelle entre:

- les structures de vigilance et d'appui de la région ou d'une autre région dans le cadre des réseaux régionaux de vigilances et d'appui: Omedit, CClin, Arlin, centres de conseil en antibiothérapie, autres structures d'appui ou plate-forme d'appui aux professionnels de santé identifiées par l'ARS et les cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire). Les missions de ces différentes structures sont détaillées en annexe 1;
- les réseaux coopératifs de professionnels de santé autour de l'usage raisonné des antibiotiques avec notamment les référents en antibiothérapie, les réseaux de surveillance ATB Raisin ou BMR Raisin, les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH), les équipes mobiles d'hygiène (EMH);

– les professionnels (médecins, pharmaciens, sages-femmes, dentistes, laboratoires de biologie médicale, URPS…).

Les partenariats peuvent être formalisés, dans le cadre de conventions, avec ou sans incidence financière suivant leur contenu et les missions que l'ARS souhaite confier aux structures de vigilance et d'appui de la région.

Pour assurer le pilotage en région, l'ARS associe étroitement le DCGDR de l'assurance maladie très impliqué dans la lutte contre l'antibiorésistance et la promotion du bon usage des antibiotiques qui coordonne régionalement les actions de gestion du risque. Un partenariat et un plan concerté de gestion du risque entre l'ARS et la DCGDR permet de définir les actions à mettre en œuvre dans la région par le réseau de l'assurance maladie (direction régionale du service médical [DRSM]).

II. – LES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE DE FAÇON PRIORITAIRE DANS TOUS LES SECTEURS DE SOINS : VILLE, ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX

Pour l'ensemble des secteurs, la mise en œuvre d'actions de maîtrise des entérobactéries productrices de bétalactamases à spectre étendu (EBLSE), des bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) et le maintien des actions vis-à-vis des *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline (SARM) énoncées dans le programme d'actions de prévention des infections associées aux soins (Propias 2015) contribuent à lutter contre l'antibiorésistance.

A. – La mise en place du suivi des consommations et des résistances au niveau local et le renforcement de l'utilisation des données

Les ARS doivent pouvoir disposer de restitutions sur les consommations et les résistances pour tous les secteurs de soins ; elles doivent également inciter les différents acteurs à s'équiper des outils nécessaires. Ces outils devront permettre de consolider et d'analyser rapidement les informations des différents secteurs pour une réactivité optimale dans le cadre du pilotage du bon usage des antibiotiques.

L'annexe 3 détaille les objectifs attendus pour les ARS, les établissements de santé et médico-sociaux, et la ville, les outils et sources disponibles, et les données à recueillir de façon prioritaire. L'accent est notamment mis sur les outils et partenariats déjà développés par les SRVA (dont les centres de conseil en antibiothérapie, Omédit, CClin/Arlin…) :

– l'annexe 2a présente les principales sources de données (nationales, interrégionales, régionales) permettant d'avoir des retours au niveau national ou de comparaison entre régions ;
– l'annexe 2b présente des exemples d'outils pouvant permettre le suivi des résistances et des consommations au niveau local pour permettre les actions conformément à l'annexe 4.

B. – Le développement du conseil en antibiothérapie

Il appartient à chaque ARS d'organiser le conseil en antibiothérapie à la fois pour chaque prescripteur en demande, et à l'attention de tous les professionnels, et d'identifier la ou les organisations ou structures chargées des différents aspects du conseil (voir annexe 4).

Selon l'organisation définie par chaque ARS, le conseil au prescripteur peut être assuré par des professionnels de santé identifiés, notamment les infectiologues, les référents en antibiothérapie des établissements positionnés en trans-secteurs, les structures régionales de vigilance et d'appui en antibiothérapie citées en annexe 1. Les modalités du conseil (physique, téléphonique ou télématique) sont définies en fonction des ressources locales.

L'annexe 4 précise également les objectifs attendus du conseil au sens de la sensibilisation, la diffusion d'informations à plus large échelle pour améliorer les pratiques et pour mettre en œuvre des actions destinées à lutter contre l'antibiorésistance.

L'organisation du conseil en antibiothérapie doit tenir compte des résultats des suivis de consommation et des résistances bactériennes, et des mesures d'hygiène.

III. – LES AUTRES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE DE FAÇON PRIORITAIRE SPÉCIFIQUEMENT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (ANNEXE 5)

Conformément à la réglementation existante sur la gestion des risques, les établissements de santé établissent leur programme d'actions en intégrant le bon usage des antibiotiques. Pour ce faire, ils s'appuient sur le bilan des activités de lutte contre les infections associées aux soins notamment des résultats de l'indicateur de bon usage des antibiotiques (ICAT 2) et de l'indicateur

de maîtrise de la diffusion des bactéries multi-résistantes (ICA-BMR), les résultats de la certification de la Haute Autorité de santé (HAS), les engagements du contrat de bon usage et les objectifs du Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

Les programmes d'actions contre l'antibiorésistance des établissements de santé fonctionnant en filière sur un territoire donné seront privilégiés pour figurer dans le programme territorial de santé.

Au-delà de ces actions, et compte tenu du contexte actuel sur les antibiotiques, les axes de travail suivants doivent faire l'objet d'une attention particulière de la part des établissements :

– la protocolisation des antibiothérapies de première intention ;
– la réévaluation des antibiothérapies ;
– l'informatisation et interfaçage entre les logiciels ;
– la liste d'antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM et des bactéries les plus génératrices de résistances.

Compte tenu des résultats d'ICATB2 en 2014, les établissements de santé doivent prioritairement travailler sur le suivi des consommations et le bon usage des antibiotiques, en tenant compte des résultats de la surveillance des résistances bactériennes, afin d'adapter les pratiques de prescriptions.

L'annexe 5 détaille les principes de la gestion des risques dans les établissements de santé et met l'accent sur ces priorités.

En outre, le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission/conférence médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé a rendu obligatoire la désignation d'un référent en antibiothérapie dans les établissements.

L'annexe 5 détaille ses missions. Il convient de mettre en lumière les éléments suivants :

– le référent a un rôle pivot de conseil et de contrôle du bon usage des antibiotiques ;
– le bon usage des antibiotiques passe aussi par une collaboration pluridisciplinaire autour du référent en antibiothérapie (médecin prescripteur, pharmacien, microbiologiste, infectiologue...);
– le référent peut participer au conseil en antibiothérapie des prescripteurs en ville organisé en région. L'ARS doit aider à la collaboration et à l'ouverture à la ville et au secteur médico-social des référents en antibiothérapie ;
– le temps dédié au référent en antibiothérapie doit être déterminé en fonction de la mise en œuvre du programme d'actions de l'établissement et de son implication formalisée avec la ville. Cette organisation peut être formalisée avec l'aide de l'ARS.

L'ARS accompagne les établissements de santé dans la mise en œuvre d'actions *via* la contractualisation, les structures d'appui ou l'animation d'un réseau.

IV. – LES AUTRES ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE DE FAÇON PRIORITAIRE SPÉCIFIQUEMENT DANS LE SECTEUR DE LA VILLE (ANNEXE 6)

Dans le secteur de la ville, l'accent doit être mis sur la sensibilisation au bon usage des antibiotiques pour diminuer la consommation des antibiotiques, notamment le rendu semestriel pour chaque canton, en lien avec les actions de l'assurance maladie. Il s'agit de renforcer le recours à un conseil en antibiothérapie proche du terrain. L'annexe 6 détaille les actions suivantes qui sont mises en œuvre et modulées en fonction de la situation locale en termes de consommations et de résistances bactériennes :

– favoriser le respect des recommandations d'antibiothérapie et des stratégies thérapeutiques ;
– augmenter l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique ;
– prioriser les actions à partir de la liste d'antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM et des bactéries les plus génératrices de résistances ;
– engager les actions spécifiques sur la réévaluation de l'antibiothérapie ;
– évaluer les pratiques en matière de qualité des prescriptions ;
– assurer une vigilance accrue sur les durées de prescription.

V. – ACTIONS À METTRE EN ŒUVRE DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Dans le secteur médico-social, des actions ont d'ores et déjà été développées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), notamment par le biais de guides de bonnes pratiques et de recommandations des CCLIN, mais nécessitent d'être renforcées (*cf.* annexe 7).

De nouveaux outils sont mis à disposition des gestionnaires pour améliorer la prise en charge des problèmes infectieux des patients dans les EHPAD et mieux répondre aux questions que peuvent se poser les soignants.

L'élargissement des actions engagées en ville et en établissement de santé au secteur médico-social devra faire l'objet d'une réflexion et d'un repérage des actions innovantes, qu'il conviendra de transmettre pour information au secrétariat général chargé des ministères des affaires sociales.

L'ARS accompagne les établissements médico-sociaux dans la mise en œuvre d'actions *via* la contractualisation, les structures d'appui ou l'animation d'un réseau.

Pour mettre en œuvre les actions de lutte contre la résistance aux antibiotiques, vous vous emploierez notamment à déployer le conseil, la surveillance des consommations et la surveillance des résistances au cours du deuxième semestre de l'année 2015 et de l'année 2016.

Pour toute difficulté dans la mise en œuvre de cette instruction, des informations complémentaires peuvent être recueillies, sous le présent timbre, auprès de la direction générale de la santé, de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de la cohésion sociale.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

STRUCTURES RÉGIONALES DE VIGILANCE ET D'APPUI EN ANTIBIOTHÉRAPIE

Les ARS mobiliseront, selon l'organisation spécifique déjà en place dans chaque région, les différentes structures régionales de vigilance et d'appui en antibiothérapie.

Centres de conseil en antibiothérapie

Les « centres de conseil en antibiothérapie » ont été créés de façon expérimentale dans le cadre de la circulaire DHOS/E2-DGS/SD5A n° 2002-272 du 2 mai 2002 relative au bon usage des antibiotiques dans les établissements de santé et à la mise en place à titre expérimental de centres de conseil en antibiothérapie pour les médecins libéraux.

Ces centres sont des structures régionales de vigilance et d'appui à vocation régionale et interrégionale qui peuvent proposer leur service à l'ensemble des acteurs chargés de la mise en œuvre du plan d'alerte sur les antibiotiques en région, particulièrement en ce qui concerne le suivi des consommations et des résistances bactériennes en ville et en établissement de santé.

Les ARS peuvent contractualiser avec les centres de conseil formalisés existants (MedQual et Antibiolor). L'ARS participe au financement des outils et des actions nécessaires sur des fonds d'intervention régionale (FIR) ou des missions d'intérêt général (MIG), ou par le financement de vacations. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) constituent l'outil privilégié de dialogue entre l'ARS et le centre de conseil en antibiothérapie.

Les centres de conseil contribuent à la lutte contre l'antibiorésistance. Ils s'appuient pour cela sur des outils qui doivent répondre au cahier des charges de surveillance de la résistance aux antibiotiques. Leurs outils Conso-Rès et MedQual-ville sont détaillés en annexe 2b. Ces réseaux en assurent le pilotage, l'évolution technique en fonction des besoins des utilisateurs, la formation à l'utilisation (présentiel, ou e-learning avec la plateforme club-Conso-Rés http://www.club-consores.fr/, par exemple).

Ils peuvent permettre, dans chaque région, que les données ou les restitutions nécessaires au pilotage de la politique de lutte contre l'antibiorésistance soient disponibles.

En lien avec les référents des établissements de santé, les médecins, les biologistes et les pharmaciens, hospitaliers et libéraux, et le réseau susceptible d'intervenir sur les consommations d'antibiotiques et les résistances bactériennes (réseau de l'assurance maladie, Omedit, CClin, Arlin, structure d'appui, autres réseaux), ils peuvent participer à des actions de sensibilisation ou d'information.

CClin, Arlin

Les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN) sont des structures d'expertise technique qui accompagnent les 2800 établissements de santé (ES) publics et privés français afin d'optimiser leur gestion du risque infectieux et concourir ainsi à améliorer la qualité des soins et la sécurité du patient. Ils accompagnent également les établissements médico-sociaux dans le cadre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 puis du PROPIAS.

Leurs actions s'articulent autour des objectifs suivants :

- aide à la maîtrise de la transmission croisée en ES et EMS ;
- analyse et production de données régionales de consommation d'antibiotiques et de résistances bactériennes dans les ES à partir des réseaux BMR et ATB-RAISIN, en cohérence avec les priorités nationales ;
- animation des réseaux de professionnels impliqués dans la lutte contre l'antibiorésistance (ES, EMS), en lien avec les partenaires régionaux (ARS, OMEDIT, centres de conseil en antibiothérapie).

Les CClin et les Arlin mettent en œuvre avec l'InVS dans le cadre du réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), la surveillance des infections associées aux soins (dont ATB-Raisin et BMR-Raisin), l'alerte et l'investigation des épisodes épidémiques, l'évaluation des pratiques de soins. Ils travaillent en collaboration avec les équipes d'hygiène hospitalière des établissements de santé. Leur mission relève aussi de la prévention, la formation, la documentation, l'assistance et le conseil, l'animation de réseaux de professionnels de santé et acteurs de la lutte contre les infections associées aux soins (*cf.* annexe 2a).

Omedit

Les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (art. D. 162-16 du code de la sécurité sociale) sont des structures régionales d'appui, d'évaluation et d'expertise scientifique placées auprès des ARS.

Ils sont engagés dans l'accompagnement et la mise en œuvre des démarches de qualité, de sécurité et d'efficience médico-économiques liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux auprès des patients et des professionnels de santé.

Les Omedit, dans le cadre de leurs missions de suivi, d'analyse et expertise des pratiques de prescription, réalisent un suivi de la consommation des médicaments, des pratiques. Ils élaborent et/ou diffusent des informations sur le bon usage des antibiotiques *via* leurs sites internet. Ils animent ou participent à l'animation de commissions des anti-infectieux ainsi que de réunions régionales. Dans le cadre de leurs missions en lien avec le contrat de bon usage, ils proposent des audits, des évaluations des pratiques ou des enquêtes régionales et en analysent les résultats.

Ils assurent, dans le cadre de l'évaluation annuelle des engagements du contrat de bon usage, *via* le rapport d'étape annuel, le suivi de l'indicateur ICATB 2 relatif à la prescription médicamenteuse.

Ils promeuvent et accompagnent les retours d'expérience pluriprofessionnels portant sur des événements liés aux antibiotiques et réalisent des formations sur le bon usage et les bonnes pratiques.

Les actions des Omedit en matière d'antibiothérapie sont menées de façon pluridisciplinaire avec les professionnels de santé des secteurs hospitaliers publics et privés, les tutelles et les professionnels de la ville et du médico-social.

En lien avec les pratiques des soins de ville, les Omedit appuient les établissements médico-sociaux en termes d'informations, d'organisations et d'optimisation de la prise en charge médicamenteuse des résidents et de mise en place de mesures barrières sur le bon usage des médicaments dont celui des antibiotiques chez la personne âgée.

ANNEXE 2a

PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES (NATIONALES, INTERRÉGIONALES, RÉGIONALES) PERMETTANT D'AVOIR DES RETOURS AU NIVEAU NATIONAL OU DE COMPARAISON ENTRE RÉGIONS

SOURCES/ outils	VILLE	ES	ACHAT/ vente	BON usage	CONSO	RÉSISTANCE	VOLONTARIAT	OUTIL de recueil	SUIVI PAR	FRÉQUENCE recueil	COMMENTAIRES
Réseau ATB Raisin		x			x	x	oui	Excel et Conso-Rés	CClin/Raisin	annuel	Surveillance des consommations d'antibiotiques en milieu hospitalier et des résistances aux antibiotiques. Cette surveillance est menée par les CClin dans cinq interrégions et est coordonnée au niveau national en lien avec l'InVS dans le cadre du Raisin.
Réseau BMR-Raisin		x				x	oui	Excel	CClin/Raisin	annuel	Surveillance des bactéries multirésistantes dans les établissements de santé en France. La surveillance des SARM et EBLSE est menée par les Centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CClin) dans cinq interrégions et est coordonnée au niveau national en lien avec l'InVS dans le cadre du Raisin.
Base Dress (reprise par l'ATIH en 2016)		x	x				oui	Logiciels de gestion PUI	Omedit Dress puis ATIH	annuel	La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mis en place depuis 2005 un recueil administratif non obligatoire des achats de médicaments dans les établissements de santé en France et en outre-mer ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et/ou de soins de suite et de réadaptation. Le recueil collecte par médicament le code en unités communes de dispensation (UCD), le prix moyen pondéré d'achat, le dernier prix d'achat, les quantités achetées, rétrocédées et délivrées aux unités de soins. Les données sont disponibles par établissement de santé *via* le code du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) par entité juridique pour le public et par entité géographique pour le privé. Les données sont extraites directement des logiciels de gestion des pharmacies à usage intérieur (PUI) et exportées sur une plateforme internet pour en faciliter le contrôle et l'exploitation. L'établissement a accès à ses propres données, et l'Omedit a accès aux données des établissements de l'ensemble de sa région, *via* cette plateforme internet.. L'exploitation de ces données permet, d'analyser les pratiques de prescription et d'accompagner la politique sur le bon usage des antibiotiques.
Onerba	x	x				x	oui			annuel	L'Observatoire national de l'épidémiologie de la résistance bactérienne aux antibiotiques (Onerba) a pour objet de rassembler les informations disponibles concernant l'évolution des résistances bactériennes aux antibiotiques en France, les analyser et les comparer à celles obtenues dans les pays étrangers. Il suit la résistance aux antibiotiques dans les infections invasives (*S. aureus, S. pneumoniae, Acinetobacter spp, K. pneumoniae, E. coli*, Entérocoques, *P. aeruginosa*), et les données du réseau EARS-Net France, dans le cadre d'une contractualisation avec l'InVS.

SOURCES/ outils	VILLE	ES	ACHAT/ vente	BON usage	CONSO	RÉSISTANCE	VOLONTARIAT	OUTIL de recueil	SUIVI PAR	FRÉQUENCE recueil	COMMENTAIRES
ICATB2		x		x			non	Bilan LIN	HAS/DGOS	tous les 2 ans	L'ICATB2 reflète le niveau d'engagement de l'établissement de santé, dans une stratégie d'optimisation de l'efficacité des traitements antibiotiques. Cet indicateur de 2e génération objective l'organisation mise en place dans l'établissement pour promouvoir le bon usage des antibiotiques, les moyens qu'il a mobilisés et les actions qu'il a mises en œuvre. Ce bon usage associe des objectifs de bénéfice individuel pour le patient (meilleur traitement possible) et collectif (limitation de l'émergence de bactéries résistantes).
ICA-BMR					x		non	Bilan LIN	HAS/DGOS	tous les 2 ans	Cet indicateur objective l'organisation pour la maitrise de la diffusion des bactéries multirésistantes, les moyens mobilisés et les actions mise en œuvre par l'établissement
InVS	x	x				x		Application dématérialisée de saisie de signalement des infections nosocomiales (e-sin)	InVS et Raisin	en temps réel	Surveillance des épisodes et des alertes liées aux bactéries multirésistantes en lien avec les CClin-Arlin et les centres nationaux de référence en temps réel. Rétroinformation : communication nationale avec mise en perspective régionale, surveillance des entérobactéries productrices de carbapénémases : deux fois par an (http://www.invs.sante.fr/epc) ; suivi des acinetobacter résistant à l'imipénème et entérocoques résistants aux glycopeptides (http://www.invs.sante.fr/abri ; http://www.invs.sante. fr/erg) Synthèse des données de résistance en France, mise à jour annuelle sur le site spécifique : http://www.invs.sante. fr/ratb). L'enquête nationale de prévalence (ENP) des infections nosocomiales (IN) et des traitements anti-infectieux tous les cinq ans a pour objectif de mesurer leur prévalence un jour donné et d'en décrire les caractéristiques dans les établissements de santé.
Cellule régionale de l'InVS en région (CIRE)	x	x				x			Cire/Arlin	En temps réel	Enquêtes épidémiologique avec appui de l'Arlin-CClin, surveillance pérenne résistance (exemple : Cire Nord-Pas-de-Calais).
ANSM	x	x	x				non	Déclarations industriels	ANSM	annuel	
Assurance maladie (SNIIRAM)	x				x		non	SNIIRAM	(CNAMTS) Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	en temps réel	Données fournies semestriellement par l'assurance maladie (différentes sources SNIIRAM) qui seules permettent d'avoir une vision au canton et des actions ciblées au plus près des prescripteurs et des populations de patients.
ARS	x	x		x			non	Déclarations	ARS		L'ARS est chargée de la réception/orientation/gestion ou coordination de la gestion des signaux et alertes sanitaires. Elle détient une mission de veille et de surveillance et de détection globale sur la région en lien avec la Cire ou d'autres partenaires. Elle pilote le plan régional de maîtrise des épidémies et coordonne les actions à mettre en œuvre en cas de déclenchement du plan.

SOURCES/ outils	VILLE	ES	ACHAT/ vente	BON usage	CONSO	RÉSISTANCE	VOLONTARIAT	OUTIL de recueil	SUIVI PAR	FRÉQUENCE recueil	COMMENTAIRES
Omedit	+ /-	+ /-	x	x	x	x	oui	Logiciels de gestion PUI	Omedit CBU	annuel	Surveillance de l'évolution des pratiques de prescription d'anti-infectieux dans les établissements sanitaires à l'aide de la collecte Dress et du recueil CClin, et en ville à partir des données fournies par la CNAMTS ainsi que du suivi de l'ICATB2, indicateur intégré dans le CBU.
Réseaux locaux	+ /-	+ /-		x	x	x	oui				Liste non exhaustive : Afocorpi-bio, Antibiolor, Epiville, MedQual, Onerba, Observatoire franc-comtois de la consommation antibiotique et de la résistance bactérienne (Oscar), Réseau Nord-Pas-de-Calais.

ANNEXE 2b

EXEMPLES D'OUTILS PERMETTANT LE SUIVI DES RÉSISTANCES ET DES CONSOMMATIONS AU NIVEAU LOCAL

ES	Conso-Rés E-outil permettant aux établissements de santé de suivre localement et sans délai leur surveillance des consommations d'antibiotiques et des résistances bactériennes. Chaque prescripteur peut également accéder aux données de son unité. De plus, la mise en réseau permet de se comparer à des structures identiques. Conso-Rés est mis à la disposition de tous ceux qui le souhaitent par le CClin Est.
	Outil Web du CClin Ouest utilisé pour la surveillance ATB-Raisin
Ville	MedQual-Ville L'e-outil MedQual-Ville permet le recueil des données de résistances bactériennes des laboratoires de biologie médicale de son réseau et la mise à disposition de restitutions sur les consommations d'antibiotiques à partir des données de l'assurance maladie. C'est un outil d'accompagnement des prescripteurs de ville pour une utilisation efficiente des antibiotiques à l'échelle de leur département, de leur région et en interrégion avec le réseau MedQual. Deux bactéries sont actuellement suivies : *Escherichia coli* et *Staphylococcus aureus.* Partenariats avec l'assurance maladie et les centres de conseil Partenariat centres de conseil en antibiothérapie/CNAMTS permettant, *via* une requête nationale sur le SNIIRAM, d'obtenir les restitutions et synthèses régulières et fiables de la consommation locale notamment destinées aux prescripteurs pour la mise en place d'actions ARS-assurance maladie visant à une juste utilisation des antibiotiques (*cf.* annexe 3 « pour le secteur de ville »).
	La surveillance de la résistance bactérienne peut également être assurée par d'autres réseaux (annexe 2a) et mise à disposition des structures régionales de vigilance et d'appui.

ANNEXE 3

SUIVI DES CONSOMMATIONS ET DES RÉSISTANCES BACTÉRIENNES AU NIVEAU LOCAL ET UTILISATION DE CES INFORMATIONS

La présente annexe sert de fil conducteur sur les éléments à obtenir et à mettre en œuvre pour les actions de suivi et de conseil. Elle facilite également la contractualisation avec des partenaires en permettant de présenter précisément les tâches qui peuvent leur être confiées par l'ARS.

I. – OBJECTIFS POUR L'ARS

Chaque ARS doit disposer de données suffisamment représentatives et fiables de consommation d'antibiotiques et de surveillance des résistances pour sa région, avec l'appui des SRVA, lui permettant d'organiser l'un ou l'autre des aspects du conseil (voir annexe 4), et de prioriser ses actions dans l'ensemble des secteurs de soins pour un usage raisonné des antibiotiques.

Les outils de contractualisation que sont les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ou le contrat de bon usage (CBU) ou les contrats d'amélioration de la pertinence des soins pour les établissements ou la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les libéraux constituent des leviers pour inciter aux modifications des pratiques.

Le rythme de recueil des données et de diffusion des synthèses aux prescripteurs et aux acteurs de l'antibiothérapie doit être établi semestriellement selon les spécificités locales, afin de permettre une adaptation en dynamique des actions et du conseil.

II. – LES OUTILS ET SOURCES DE DONNÉES DISPONIBLES

De nombreux dispositifs existent (annexe 2), il convient pour les ARS de les faire connaître, d'utiliser des restitutions pour asseoir leur programme d'actions et mobiliser les prescripteurs.

L'annexe 2a présente les principales sources de données nationales, interrégionales, régionales permettant d'avoir des retours au niveau national ou de comparaison entre régions.

L'annexe 2b présente des exemples d'outils permettant le suivi des résistances et des consommations au niveau local pour permettre les actions.

III. – LES DONNÉES À RECUEILLIR PRIORITAIREMENT

A. – Dans les établissements de santé : priorité à la confrontation des données de consommation et de résistance bactériennes

La surveillance de la consommation des antibiotiques en doses définies journalières (DDJ) rapportée à l'activité a été instituée dans la circulaire de 2002 et fait partie des items retenus dans l'évaluation d'ICATB2.

La surveillance des SARM, EBLSE et EPC est notamment effectuée par les CClin dans cinq interrégions et coordonnée au niveau national par l'Institut de veille sanitaire dans le cadre du Raisin (BMR Raisin). Chaque CClin produit des données selon une méthodologie commune.

Des couples bactérie-antibiotique permettent de surveiller la résistance bactérienne, par exemples à l'oxacilline pour *Staphylococcus aureus*, la résistance à la ciprofloxacine, la ceftazidime et l'imipénème pour *Pseudomonas aeruginosa*, la résistance au céfotaxime pour *Enterobacter cloacae*, la résistance à la ciprofloxacine et à la ceftriaxone ou au céfotaxime pour *Escherichia coli*.

La priorité doit être donnée dans les établissements de santé à la confrontation des données de consommation aux données de résistances. Les résultats nationaux de la première année de diffusion publique de l'indicateur ICATB2 en 2014 ont mis en évidence qu'il existait une marge d'amélioration sur cet axe.

La liste des antibiotiques critiques établie par l'ANSM, les carbapénèmes et les couples bactéries/antibiotiques les plus générateurs de résistance doivent faire l'objet d'un suivi prioritaire (*cf.* annexe 5).

B. – Pour le secteur de ville

1. **Consommation**

La connaissance des consommations régionales d'antibiotiques (exprimées en DDJ/1000H/J) repose sur une requête semestrielle des données de ville de l'assurance maladie comportant notamment les champs suivants, pour chaque mois et pour tous les antibiotiques disponibles en ville, par canton de résidence du patient :

- le code identifiant de présentation (CIP) de la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) des antibiotiques (J01), et par code CIP ;
- le nombre de boites délivrées ;
- la DDJ/1000h/J ;
- affection de longue durée (ALD) : oui/non ;
- la spécialité du prescripteur (médecin généraliste ou autre spécialité ou établissement hospitalier) ;
- les tranches d'âge (0-4 5-15 16-64 65-75 >75).

L'accès aux données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) est aujourd'hui ouvert à beaucoup d'acteurs du système de santé. La difficulté pour les utilisateurs potentiels tient à la technicité et à la complexité de cette base de données.

Pour des raisons pratiques et d'homogénéité, une requête est effectuée au niveau national par l'assurance maladie sur la base SNIIRAM. À cet effet, l'assurance maladie a établi un partenariat avec les centres de conseil en antibiothérapie Medqual et Antibiolor. Les modalités du partenariat CNAMTS/centres de conseil en antibiothérapie seront formalisées dans une convention. Ces centres ne peuvent transmettre ces données, dont la CNAMTS reste propriétaire, à des tiers mais peuvent livrer les restitutions qu'elles en tirent, dans le cadre d'un partenariat ARS-Centre de conseil, aux structures chargées des missions de conseil sous ses deux aspects (annexe 4) choisies par les ARS.

Les ARS peuvent utiliser cette possibilité ou choisir toute autre façon de produire les synthèses et restitutions nécessaires à leur action.

2. **Surveillance de la résistance aux antibiotiques en ville : grandes lignes du cahier des charges national applicables pour la surveillance locale**

La surveillance nationale de la résistance aux antibiotiques (RATB) en ville doit s'appuyer sur la collecte systématique et organisée de données de résistance produites et transmises par les laboratoires de biologie médicale (LBM) fédérés en réseaux. Elle est coordonnée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) et est ciblée sur des couples bactéries-antibiotiques et des types de prélèvements prédéfinis. Ces données ont pour finalité d'orienter les pouvoirs publics pour le suivi du plan national d'alerte sur les antibiotiques.

Afin d'assurer l'homogénéité et la comparabilité des données, les réseaux partenaires de l'InVS dans le cadre de cette surveillance nationale devront répondre à la méthodologie commune minimale définie dans ce document. La surveillance nationale s'appuiera ainsi sur un socle commun auquel chaque réseau régional sera libre d'ajouter des spécificités dans le cadre de la surveillance locale.

Le cahier des charges complet de la surveillance de la RATB en ville sera défini et mis à disposition par l'InVS. Les méthodes et champs de cette surveillance seront susceptibles d'évoluer, au regard notamment de l'évolution de l'épidémiologie des résistances bactériennes.

Ce document présente donc les grandes lignes de la surveillance nationale retenues à la date de publication de la présente instruction, et qui s'appliquent à la surveillance locale.

a) Objectifs de la surveillance nationale

La collecte systématique de données de résistance dans le cadre d'une surveillance nationale aura pour objectifs principaux de :

- décrire les caractéristiques de résistances de certaines bactéries isolées en ville ;
- d'en suivre les tendances dans le temps ;
- de communiquer sur ses résultats, tant auprès des contributeurs (rétro-information) que dans un cadre plus large.

Les objectifs secondaires de cette surveillance seront :

- de détecter tout signal suggérant un changement de tendance, nécessitant alors d'être validé et pouvant conduire à alerter les autorités sanitaires ;
- de comparer à terme les données en fonction de zones géographiques : (ex. : régions).

Conformément aux recommandations de l'ESCMID[4] la collecte des données de RATB à partir de prélèvements collectés en routine pour des patients ambulatoires sans prise en compte des caractéristiques précises des patients ne peut pas directement orienter le conseil à la prescription car elle conduit à surestimer la RATB. Des études ponctuelles ajustées sur les données cliniques et les antécédents des patients restent nécessaire en complément de la surveillance nationale qui est proposée.

L'InVS n'a pas pour mission le conseil direct aux prescripteurs. Les données de RATB ainsi produites, tant au niveau national que régional, ne devront donc pas servir directement de base pour une prescription ATB individuelle. Elles pourront par contre servir de base de réflexion aux référents antibiotiques ou centres de conseils en antibiothérapie après mise en perspective avec les caractéristiques cliniques du patient et les recommandations nationales en vigueur[5].

b) Champ de la surveillance

Population

La population couverte par la surveillance correspond aux patients communautaires vrais ou institutionnalisés en établissement médico-social non rattaché à un établissement de santé.

Les patients hospitalisés en établissements de santé ou pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) sont exclus de cette surveillance.

Bactéries

Compte tenu de l'épidémiologie actuelle de la résistance aux antibiotiques en France, la surveillance nationale de la RATB en ville ciblera trois espèces : *Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae* et *Staphylococcus aureus*.

Type de prélèvement

Concernant *E. coli* et *K. pneumoniae*, les souches pour lesquelles les données de résistance seront recueillies sont uniquement les souches isolées d'examen cytobactériologique des urines (ECBU). En effet, les ECBU représentent la très grande majorité des prélèvements en laboratoires de ville.

Pour *S. aureus*, tous les types de prélèvements à visée clinique seront pris en compte dans la surveillance. Les prélèvements nasaux pour recherche d'un portage de SARM (dépistage) sont exclus de la surveillance.

L'analyse des données sera ensuite stratifiée selon le type de prélèvement, en raison de différence significative entre les clones selon la localisation.

Antibiotiques

Idéalement, les caractéristiques de résistance concernant les antibiotiques présents sur le liste standard des recommandations 2015 publiées par le CASFM 2015[6] seront à recueillir :

- pour les entérobactéries : Ampicilline ou Amoxicilline, Amoxicilline/acide clavulanique, Ticarcilline, Pipéracilline/tazobactam, Cefadroxil ou céfalexine, Céfoxitine, Céfotaxime ou ceftriaxone, Ceftazidime, Céfixime, Imipénème ou méropénème ou doripénème, Ertapénème, Amikacine, Gentamicine, Acide nalidixique, Ofloxacine ou norfloxacine, Ciprofloxacine, Cotrimoxazole, Nitrofuranes, Fosfomycine auquel s'ajoute le pivmecillinam ;
- pour *Staphylococcus aureus* : Pénicilline G, Céfoxitine, Gentamicine, Erythromycine, Clindamycine, Quinupristine–dalfopristine, Norfloxacine, Fluoroquinolone, Acide fusidique, Cotrimoxazole, Rifampicine

Les listes des antibiotiques mentionnées ci-dessus pourront être revues et faire l'objet d'ajustement dans le cahier des charges définitif de la surveillance nationale de la résistance aux antibiotiques en ville qui sera communiqué. Ces listes seront également susceptibles d'évoluer au cours du temps au regard de l'évolution de la RATB et des nouveaux antibiotiques susceptibles d'être mis sur le marché.

[4] Cornaglia G, Hryniewicz W, Jarlier V, Kahlmeter G, Mittermayer H, Stratchounski L, et al. European recommendations for antimicrobial resistance surveillance. Clin Microbiol Infect 2004;10(4):349-83.

[5] SPILF. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. 2014. Disponible à partir de l'URL: http://www.infectiologie.com/site/medias/Recos/2014-infections_urinaires-court.pdf.

[6] Comité de l'antibiogramme de la société francaise de microbiologie. CA-SFM : recommandations 2015. 2015. Disponible à partir de l'URL : http://www.sfm-microbiologie.org/UserFiles/files/casfm/CASFM_EUCAST_V1_2015.pdf.

En pratique le laboratoire transmettra l'ensemble des données de résistance des antibiotiques testés en routine, même si certains ne sont pas présents dans les listes ci-dessus ou si certains antibiotiques de ces listes ne sont pas testés. Il sera tenu compte dans les analyses du nombre de souches testées pour chaque antibiotique.

Les résultats des antibiotiques qui ne sont testés que si la souche est résistante à un autre antibiotique (antibiogrammes en cascade) seront par ailleurs exclus.

c) Pratiques des laboratoires

Les laboratoires qui transmettront leurs données suivront les recommandations du CA-SFM. Chaque réseau participant à la surveillance nationale pourra organiser des contrôles qualité, l'InVS n'ayant pas pour mission de les conduire.

d) Expression de la résistance

La résistance des souches sera exprimée en sensible (S), intermédiaire (I), ou résistante (R) en tenant compte des concentrations critiques définies par le CA-SFM.

e) Mécanismes de résistance

La présence ou non d'une ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) pour les entérobactéries résistantes aux C3G sera mentionnée si elle est recherchée et connue du laboratoire. D'autres résultats pourront être intégrés dans la surveillance s'ils sont disponibles (présence d'une entérobactérie productrice de carbapénémase).

f) Caractéristiques du prélèvement à recueillir

Couples bactérie (genre, espèce) - antibiotique (DCI).

Type de prélèvement.

Date du prélèvement.

Origine du patient : l'origine du patient (patient institutionnalisé ou communautaire vrai) est une variable essentielle pour l'interprétation des données et est à recueillir obligatoirement. Cette variable peut être renseignée sur la base du nom du prescripteur (médecin de ville) et du correspondant (médecin coordonnateur d'EHPAD). Les analyses pour la surveillance nationale de la RATB en ville seront restreintes aux données des laboratoires capables de fournir cette variable. En effet, des analyses distinctes pour les patients communautaires vrais et les patients institutionnalisés seront conduites car les résultats de RATB sont très différents entre ces deux types de population. La mention « patient institutionnalisé » regroupe tous les types d'hébergements en établissement médico-social : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EPHAD), foyers d'accueil médicalisé (FAM), maisons d'accueil spécialisées (MAS)… En revanche, les souches des patients pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD) ou patients hospitalisés en établissement de santé seront à exclure.

Age, sexe : les variables âge et sexe du patient seront à renseigner systématiquement.

Département de résidence : la variable département de résidence du patient ou à défaut département du laboratoire préleveur sera à renseigner systématiquement.

D'autres variables seraient pertinentes pour l'analyse de la résistance : antécédents d'hospitalisation du patient, traitements antibiotiques reçus, infections récidivantes, voyage à l'étranger... Cependant le recueil de ces données n'est pas possible dans de nombreux laboratoires et n'est pas compatible avec une surveillance pérenne qui se doit de rester simple. Ces variables ne seront donc pas incluses pour la remontée systématique des données de surveillance nationale. Des études ponctuelles pourront être mises en place en complément de cette surveillance pour le recueil et la prise en compte de ces variables.

g) Méthode de dédoublonnage

Les données doivent être dédoublonnées afin que les souches bactériennes redondantes soient exclues lors de l'analyse de données. Les réseaux régionaux de surveillance de la résistance en ville en activité actuellement (Aforcopibio, Epiville France, Medqual, Oscar, Réseau Nord-Pas-de-Calais) utilisent la méthode de dédoublonnage de l'Onerba.

Cette méthode peut cependant être considérée comme complexe à mettre en œuvre. Une méthodologie plus simple, notamment celle recommandée par l'ECDC et mise en place pour la surveillance de la résistance aux antibiotiques dans les prélèvements d'infections invasives (réseau EARS-Net France), est plus facilement mise en œuvre et a été jugée comme acceptable.

En pratique, il est proposé de ne conserver que la première souche isolée chez le patient pour un couple bactérie-antibiotiques dans l'année.

h) Pas de temps des analyses

La remontée nationale des données et leur analyse sera annuelle. Chaque réseau participant sera libre d'organiser des remontées d'information et rétro-information plus fréquentes dans le cadre de ses activités. Ainsi, dans le cadre de la présente instruction, les restitutions sur les résistances accompagnent les restitutions sur les consommations, au moins semestriellement.

i) Protection des données

Les réseaux devront respecter les exigences réglementaires en matière de protection des données de santé et devront faire une déclaration à la CNIL de leur activité.

j) Rétro-information et communication

Les données de surveillance nationale ainsi recueillies feront l'objet d'une rétro-information régulière aux laboratoires participants. Elles conduiront par ailleurs à une communication nationale (avec à terme mise en perspective des données de chaque région), avec un délai d'un an entre la transmission des données et la communication, notamment *via* le site Internet de l'InVS (http://www.invs.sante.fr/ratb) et à destination d'un public large : décideurs, professionnels de santé, mais aussi grand public. La rétro-information, la communication et les actions locales prévues par la présente instruction (*cf.* aussi annexe 4) obéissent à leur rythme propre, indépendamment du rythme national.

k) Modalités pratiques

La surveillance de la résistance aux antibiotiques en ville en France s'appuiera sur les réseaux régionaux existants ou susceptibles d'être créés. Les données seront ainsi transmises au niveau national *via* les réseaux régionaux volontaires.

Les modalités pratiques de participation des réseaux régionaux et d'organisation de la coordination nationale seront définies plus précisément dans le cahier des charges définitif.

IV. – LES RESTITUTIONS DU SUIVI DES CONSOMMATIONS ET DES RÉSISTANCES

Les données de consommation et de résistance doivent être disponibles le plus simplement possible pour la ville et les établissements, être comparables, consolidées facilement et régulièrement.

A. – Objectifs des restitutions

Il s'agit de :

- faire des comparaisons avec des établissements de même type ou de même taille, ou de même activité, ou pour des mêmes profils de prescripteurs pour la médecine de ville et les établissements médico-sociaux. Les données de résistance aux antibiotiques doivent distinguer les patients communautaires (non institutionnalisés ni en établissement de santé, ni en établissement médico-social) des patients ou résidents en milieu médico-social ;
- croiser des données de consommation d'antibiotiques avec les informations recueillies sur les bactéries multi-résistantes ;
- envoyer périodiquement des rapports standards et personnalisés, présentant les données de consommation au niveau du canton et de résistance pour la médecine de ville, ou pour les établissements de santé par services ou secteurs d'activité ;
- permettre aux biologistes participants d'accéder à leur propre rapport d'activités mais aussi à un document qui leur permettra de se comparer aux autres laboratoires de biologie médicale du réseau ;
- faciliter la collecte des données grâce à des systèmes d'importation évitant les saisies manuelles.

Les synthèses des données recueillies sont adaptées en fonction des missions de chaque structure destinataire : leur diffusion revêt une forme accessible et utile pour les prescripteurs. Il s'agit là d'un élément fondamental pour l'ensemble des actions à mener. La surveillance de la consommation (exprimée en DDJ/1000H/J) confrontée aux résistances est indispensable pour faire évoluer les pratiques et prioriser les actions. Ces données sont confrontées aux mesures de contrôle mises en place notamment dans le cadre du contrôle de bactéries hautement résistantes.

Les restitutions en direction des professionnels de santé sont organisées par chaque ARS, en lien avec le DCGDR concerné et les structures régionales d'appui et de vigilance citées en annexe 1. Les restitutions doivent être adaptées aux destinataires afin de leur permettre d'identifier les axes d'amélioration des pratiques à mettre en œuvre.

Elles comportent de façon simple et lisible les données suivantes, au moins une fois tous les six mois et idéalement de façon à permettre l'analyse d'une saison pour se préparer à la saison suivante :

- la consommation globale d'antibiotiques sur une période donnée et sur un lieu donné ;
- le suivi dans le temps de la consommation de toutes les molécules antibiotiques ou d'une famille d'antibiotiques ou d'une sélection ;
- la comparaison des consommations d'antibiotiques à d'autres critères (établissements, services, géographiques...) ;
- le suivi dans le temps d'une ou plusieurs résistances ;
- les données croisées de consommation et de résistances pour des couples antibiotiques/bactéries.

B. – Diffusion des restitutions

La diffusion de ces données est effectuée par tous les moyens susceptibles de toucher les prescripteurs, en nouant les partenariats nécessaires, en coordination avec l'assurance maladie.

La stratégie de diffusion des restitutions aux acteurs de la surveillance et d'exploitation de ces résultats fait partie des choix de ces acteurs en lien avec les ARS en termes de management de sa politique de lutte contre l'antibiorésistance.

ANNEXE 4

DÉVELOPPEMENT DU CONSEIL EN ANTIBIOTHÉRAPIE

L'action

Le conseil s'entend comme :

a) Le conseil au prescripteur d'antibiotiques

Sont entendus comme conseil au prescripteur d'antibiotiques :

– un avis, une expertise fournis à un prescripteur face au cas particuliers d'un patient ou d'un résident (physique, conseil téléphonique ou télématique) ; disponible sur toute la région ;
– la diffusion d'outils d'aide à la décision et à la prescription[7].

b) le conseil, la sensibilisation, la diffusion d'informations à plus large échelle pour améliorer les pratiques et mettre en œuvre les actions destinées à lutter contre l'antibiorésistance

Il s'agit d'un ensemble d'actions de sensibilisation des professionnels de santé reposant en premier lieu sur la diffusion d'informations sur les consommations et les résistances pour tous les secteurs de soins. De même que les prescripteurs d'un établissement de santé ou d'une structure médico-sociale doivent pouvoir situer leur pratique au vu de données locales (établissements ou secteurs de mêmes activités), et régionales, les prescripteurs du secteur de ville doivent pouvoir situer leur pratique par comparaison et connaissance des croisements consommations/résistances au niveau géographique adéquat.

La ou les structures chargées de l'un ou l'autre de ces aspects du conseil sont identifiées par l'ARS.

Ce conseil peut s'appuyer notamment sur :

– l'accès à la connaissance des consommations et résistances au niveau local et l'aide à son interprétation ;
– des outils pour réaliser des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ;
– des outils servant de support aux groupes qualité ;
– des outils de communication auprès des médecins généralistes en lien avec l'assurance maladie, les unions régionales des professionnels de santé (URPS) ;
– des guides et référentiels[8] ;
– le développement d'actions vers les prescripteurs (groupes qualités, évaluation des pratiques professionnelles, formations, communication…) en lien avec l'assurance maladie et les référents des établissements de santé.

Toutefois, le lien entre l'interprétation des données de résistance aux antibiotiques et l'adaptation des pratiques d'antibiothérapie à un niveau géographique limité nécessite de la circonspection. Il convient d'interpréter les données de consommation d'antibiotiques et de résistance aux antibiotiques en tenant compte également de la possibilité des situations épidémique et écologique et des mesures de contrôle mises en œuvre notamment dans l'évaluation des mesures d'hygiène.

Les acteurs

Les deux types de conseils, à la prescription ou la sensibilisation et la diffusion d'informations, peuvent être assurés par des professionnels de santé identifiés, les référents en antibiothérapie des établissements dont le champ d'actions peut être ouvert à la ville (*cf.* annexe 5), les structures régionales de vigilance et d'appui en antibiothérapie. Les modalités du conseil (physique, téléphonique ou télématique) sont définies en fonction des ressources locales.

Il appartient à chaque ARS d'organiser le conseil en antibiothérapie à l'intention de tous les professionnels et d'identifier la ou les organisations ou structures chargées de l'un ou l'autre de ces aspects du conseil.

L'annexe 1 détaille les partenariats que les ARS peuvent développer avec les structures régionales de vigilance et d'appui en antibiothérapie.

Les délégués de l'assurance maladie (DAM) et les visites des pairs permettent d'accompagner individuellement les médecins de ville, au vu des situations locales de consommation et de résistance.

[7] Par exemple : Antibioclic, Antibioguide, lignes téléphoniques de conseil, datasets de bonnes pratiques (mémos logiciels métiers)…

[8] Recommandations nationales produites par la HAS, les sociétés savantes, avis de l'ANSM, mémos CNAMTS, avis du HCSP, exemple de référentiels régionaux ou locaux : CClin, commission régionale des anti-infectieux, antibioguide, antibioville…

ANNEXE 5

ACTIONS PRIORITAIRES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Programme d'actions et priorisation

Conformément à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités. Dans ce cadre, ils organisent la lutte contre les événements indésirables, les infections associées aux soins et la iatrogénie, définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles et mettent en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux.

Le bon usage des antibiotiques et la limitation du risque d'apparition de résistances étant intimement liés, il importe d'aborder les politiques de prévention des infections associées aux soins et de préservation de l'efficacité des antibiotiques de manière coordonnée.

Le bon usage des antibiotiques est intégré dans le programme d'actions de bon usage des médicaments élaboré par la commission médicale d'établissement (CME) dans les établissements publics de santé ou la conférence médicale d'établissement (CfME) dans les établissements de santé privés (art. R. 6111-10 du CSP). Ce programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi et d'un calendrier, doit permettre d'atteindre les objectifs fixés dans la politique de bon usage des médicaments. Le programme d'actions favorise la mise en place d'une organisation, fixe les actions prioritaires et définit un programme de formation pluriannuel, visant à répondre à ces priorités.

En fonction des spécificités de chaque établissement, la CME ou la CfME peuvent déléguer leurs attributions en matière de bon usage des antibiotiques et des anti-infectieux à une commission dédiée. Cette commission dédiée est alors officiellement chargée par le président de CME du bon usage des antibiotiques.

La CME/CfME a pour mission de décliner le programme d'actions en matière d'organisation, d'actions d'amélioration, de formation, de communication, et d'évaluation des actions.

L'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse indique que l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est une des conditions essentielles de sa sécurisation.

La circulaire du 14 février 2012 met l'accent sur certains médicaments qui doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée compte tenu de leur potentiel iatrogène identifié, individuel ou collectif, notamment les carbapénèmes (protection de leur efficacité par exemple).

Collaboration pluridisciplinaire autour du référent en antibiothérapie et ouverture à la ville

Conformément à l'article R. 6111-10 du CSP (décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d'établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé), la direction de l'établissement, après concertation avec le président de la commission médicale d'établissement ou en concertation avec la conférence médicale d'établissement, désigne un référent en antibiothérapie. Une même personne peut assurer cette fonction au sein de plusieurs établissements de santé dans le cadre d'une mutualisation formalisée. De même un établissement peut faire le choix de désigner plusieurs référents.

Le référent en antibiothérapie assiste la CME ou la CfME dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures. Il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement. Il rend compte régulièrement à la direction et à la commission ou la CME ou CfME des résultats de consommation et de résistance et des bilans des actions d'amélioration.

La lutte contre l'antibiorésistance est une priorité pour le référent. À cet effet, selon l'organisation établie par l'établissement, il peut être amené en complément de ses activités de conseil à donner un avis sur certaines prescriptions, le prescripteur restant responsable de la prescription. Il participe par son action à la maîtrise des consommations et des résistances.

Les résultats nationaux de la première année de diffusion publique de l'indicateur ICATB2 (indicateur de bon usage des antibiotiques) en 2014 ont notamment mis en évidence la nécessité de :

– renforcer et formaliser la collaboration entre les acteurs : le référent en antibiothérapie, le pharmacien, le microbiologiste et l'infectiologue ;
– augmenter le temps affecté au référent antibiotique ;
– former et actualiser régulièrement les connaissances du référent et des professionnels ainsi que l'évaluation des pratiques.

Le bon usage des antibiotiques passe par une collaboration pluridisciplinaire autour du référent en antibiothérapie (médecin prescripteur, pharmacien, microbiologiste, infectiologue...). Cette collaboration peut par exemple être constituée en équipe opérationnelle formalisée dédiée à l'antibiothérapie, et être mise à disposition pour les prescripteurs du secteur de la ville.

Le référent peut participer au conseil en antibiothérapie des prescripteurs en ville organisé en région ; cette organisation doit être formalisée. Le temps dédié au référent en antibiothérapie doit alors être déterminé en fonction de la mise en œuvre du programme d'actions de l'établissement et de son implication formalisée avec la ville.

Chaque prescripteur en établissement de santé doit pouvoir bénéficier du conseil en antibiothérapie. À cet effet, le nom du référent et ses coordonnées doivent être mis à disposition de l'ensemble des professionnels concernés par l'ARS de la région et des professionnels du secteur de la ville si son implication est formalisée avec la ville et la région le cas échéant.

Le référent doit être formé en antibiothérapie (DESC, DU d'antibiothérapie, attestation de formation en maladies infectieuses...). Ses connaissances doivent être actualisées régulièrement.

Actions prioritaires

Il appartient à chaque établissement de définir son programme d'actions en fonction de ses spécificités et à partir du bilan des activités de lutte contre les infections associées aux soins notamment des résultats des indicateurs ICATB2 et ICA-BMR, des résultats de la certification de la HAS et des objectifs du plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques. Ces objectifs pourront figurer dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), le contrat de bon usage étant annexé à celui-ci.

Les résultats nationaux de la première année de diffusion publique de l'indicateur ICATB2 (indicateur de bon usage des antibiotiques) en 2014 ont mis en évidence des lacunes sur les items suivants :

– la protocolisation des antibiothérapies de première intention ;
– la réévaluation de l'antibiothérapie notamment sur des microorganismes ou sur des sites infectieux ciblés, l'argumentation sur les antibiothérapies supérieures à une semaine et les modalités de contrôle/réévaluation des prescriptions d'antibiotiques.

Concernant la protocolisation des antibiothérapies de première intention

Des enquêtes révèlent que dans 40 % des cas à l'hôpital[9-10] le traitement antibiotique est contraire aux recommandations des experts.

Les professionnels de santé des établissements de santé doivent disposer *a minima* de protocoles de première intention sur les principaux sites d'infection, actualisés au moins tous les trois ans, ainsi que des profils de situation ne relevant pas d'antibiothérapie. Ces protocoles établis sur la base des recommandations existantes notamment par la HAS doivent être validés par la CME et communiqués à l'ensemble des professionnels de santé.

Ils peuvent être mutualisés au niveau régional ou interrégional. Ils tiennent compte, conformément aux règles de l'art et des données acquises de la science, des recommandations nationales et/ou des recommandations des sociétés savantes lorsqu'elles existent.

Une formation sur ces recommandations s'impose pour tous les nouveaux arrivants ou lors de la mise en place d'un nouveau protocole.

Concernant la réévaluation des antibiothérapies

En fonction de la priorisation des risques, les modalités d'application de ces réévaluations (à 48-72 heures et à 7 jours) sont établies par chaque établissement (contrôle des antibiothérapies par le référent, analyse pharmaceutique des prescriptions...).

[9] http://www.cdc.gov/getsmart/healthcare/.

[10] http://ecdc.europa.eu/en/eaad/pages/toolkithospitalprescribers_keymessages.aspx?MasterPage=1.

À cet effet, une procédure sera mise en place. Cette procédure sera communiquée à l'ensemble des prescripteurs et présentée en CME.

Toute antibiothérapie poursuivie plus d'une semaine doit être argumentée dans le dossier patient, des procédures concernant les modalités de contrôle et de réévaluation doivent être établies au sein de l'établissement.

Concernant l'informatisation et interfaçage entre les logiciels

La dispensation journalière individualisée nominative pour les antibiotiques doit être développée. L'informatisation de la prescription à l'administration des antibiotiques est un gage de qualité et de sécurité de prise en charge.

Les établissements doivent rendre effectif l'interfaçage entre la prescription, les résultats biologiques et la pharmacie notamment pour favoriser le bon usage des antibiotiques.

Concernant la liste d'antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM et des bactéries les plus génératrices de résistances

Chaque établissement doit établir, parmi les antibiotiques disponibles dans l'établissement, la liste des antibiotiques pour lesquels un encadrement des prescriptions et dispensations est requise. Une attention particulière doit être portée aux antibiotiques prescrits aux patients porteurs de BHRe.

A minima, cette liste, vouée à être actualisée régulièrement, s'appuie sur la liste nationale établie par l'ANSM[11] qui regroupe les antibiotiques dits de « dernier recours » et les antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes.

Cette liste d'antibiotiques est disponible sur le site Internet de l'ANSM et sera mise à jour régulièrement en fonction des données disponibles.

Pour les antibiotiques de dernier recours, il est préconisé :
- une prescription initiale limitée à 3 jours, mentionnant en outre les données cliniques permettant au pharmacien de réaliser la dispensation contrôlée ;
- une nouvelle prescription nécessaire au-delà de J3 ;
- un avis du référent avant le 3e jour et à nouveau au 7e jour ;
- une dispensation contrôlée par le pharmacien ;
- un suivi renforcé en matière de consommation et de résistance.

Pour les antibiotiques particulièrement générateurs de résistances, il est préconisé :
- une prescription initiale limitée à 3 jours ;
- une nouvelle prescription nécessaire après J3 ;
- une dispensation contrôlée par le pharmacien ;
- un suivi renforcé en matière de consommation et de résistance.

Les établissements peuvent élargir la liste des antibiotiques pour lesquels des mesures d'encadrement seront établies, en fonction de leurs spécificités ou en raison du coût de certains antibiotiques.

La préservation de l'efficacité des antibiotiques implique d'éliminer les prescriptions inutiles d'antibiotiques, en particulier pour les C3G[12].

[11] http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Les-antibiotiques-consideres-comme-critiques-premieres-reflexions-sur-leur-caracterisation-Point-d-information.

[12] www.cclin-arlin.fr/Campagnes/.../C3G-version01-2014plan.pdf.

ANNEXE 6

ACTIONS PRIORITAIRES DANS LE SECTEUR DES SOINS DE VILLE

Promouvoir la vaccination

L'offre de vaccination est multiple dans le parcours de santé de la population. Elle comprend en effet les professionnels de santé exerçant en médecine libérale comme les médecins généralistes et spécialistes, les sages-femmes et les infirmiers mais aussi le dispositif public et gratuit de vaccination (centres publics de vaccination).

La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses qui autrefois provoquaient une forte mortalité chez l'enfant et l'adulte. C'est un moyen de protection individuel, mais également collectif. En se vaccinant, on évite de transmettre la maladie aux personnes les plus fragiles de son entourage qui ne peuvent pas forcément être vaccinées (nouveau-nés, femmes enceintes…).

Pour certaines maladies, comme la rougeole, une couverture vaccinale insuffisante peut entraîner rapidement le retour de maladies oubliées, comme le montre la récente épidémie de rougeole. Elle a en effet touché plus de 20 000 personnes entre 2008 et 2012 et entraîné plus de 1 500 pneumopathies, une trentaine de complications neurologiques graves avec séquelles et dix décès. La vaccination a par conséquent contribué à la réduction de l'incidence des maladies à prévention vaccinale, diminuant ainsi la gravité des maladies (séquelle, mortalité et nombre de cas) et a eu un effet sur la diminution de l'utilisation d'antibiotiques utilisés pour le traitement de ces maladies.

Par conséquent, il est indispensable que les professionnels de santé, médecins et pharmaciens bien sûr, mais aussi les autres personnels soignants, exerçant en « secteur libéral ou en médecine de ville » soient pleinement impliqués dans la politique vaccinale dans le cadre du programme national d'amélioration de la politique vaccinale 2012-2017.

Respect des recommandations d'antibiothérapie et stratégies thérapeutiques

Les pathologies hivernales d'origine virale demeuraient en 2013 le premier motif de prescription (28 %, selon les données de panel IMS).

La HAS[13] précise que chaque prescription d'antibiotique doit être réfléchie, en mettant en balance :

- les effets bénéfiques à court terme pour le patient, objectif prioritaire s'il est effectivement atteint d'une infection bactérienne ;
- les effets néfastes pour le patient sur ses flores commensales et pour l'écologie bactérienne par la sélection de bactéries multirésistantes.

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) de l'assurance maladie permet une valorisation des actions conduites en matière d'antibiothérapie.

La sensibilisation et l'implication des patients dans la non-utilisation des antibiotiques est fondamentale pour diminuer la consommation des antibiotiques. Des outils comme le document de non-prescription d'antibiotiques pourront être largement déployés par l'assurance maladie.

La promotion de la juste utilisation des antibiotiques, en particulier les plus générateurs de résistances bactériennes, et la réduction des prescriptions d'antibiotiques non justifiées pour les maladies virales permettent de préserver l'efficacité des antibiotiques existants.

Augmenter l'usage des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)

L'ARS en coordination avec les services de l'assurance maladie devra en particulier agir sur l'augmentation de l'usage des TROD angine et grippe. En 2008, 2009 et 2010, entre 1,5 et 1,9 million de TROD ont été commandés à l'assurance maladie par les médecins. Les chiffres stagnent alors qu'il y a 9 millions de consultations par an pour angine. Actuellement, un quart des généralistes et 34 % des pédiatres les utilisent (chiffres CNAMTS 2011).

La prescription repose sur un diagnostic précis, avec un recours aux tests rapides d'orientation diagnostique si possible – par exemple, l'utilisation des tests de diagnostic rapide de l'angine (déjà largement préconisés et mis à disposition gratuitement par la CNAMTS pour les médecins généra-

[13] HAS, Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours - Février 2014 - http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1725358/fr/fiche-memo-principes-generaux-et-conseils-de-prescription-des-antibiotiques-en-premier-recours.

listes, ORL et pédiatres qui en font la demande), de la grippe dans les EHPAD ou les services d'urgences, et des bandelettes urinaires – ou, sinon sur un traitement probabiliste en se référant à l'étiologie bactérienne la plus probable.

Cette augmentation de l'usage des TROD angine passe par une information du public de leur mise à disposition au cabinet médical.

Prioriser les actions à partir de la liste d'antibiotiques « critiques » établie par l'ANSM et des bactéries les plus génératrices de résistances

Pour la médecine de ville, trois antibiotiques (ou familles d'antibiotiques), particulièrement générateurs de résistances bactériennes[14], sont plus spécifiquement concernés par les actions d'information, de sensibilisation, de suivi des consommations à mettre en place :

– l'association amoxicilline-acide clavulanique ;

– les céphalosporines de 3e génération, orales ou injectables, et, notamment la ceftriaxone ;

– les fluoroquinolones.

Selon les préconisations de la HAS, il n'y a pas lieu en général de prescrire l'association amoxicilline-acide clavulanique en première intention. L'amoxicilline seule à dose adaptée est le plus souvent suffisante.

Il n'y a pas lieu de banaliser la prescription de céphalosporines qui favorise l'émergence d'entérobactéries productrices de bêtalactamases à spectre étendu. Leur prescription doit être modérée dans le respect de leurs indications.

Il n'y a pas lieu de prescrire une fluoroquinolone dans les situations où d'autres antibiotiques peuvent être utilisés. Il est conseillé de ne pas réitérer une prescription de fluoroquinolone suivant une précédente utilisation de cette classe dans les six mois pour une infection urinaire ou les trois mois pour une infection respiratoire.

Engager des actions spécifiques sur la réévaluation de l'antibiothérapie

La réévaluation de l'antibiothérapie est nécessaire en fonction des résultats de la culture bactérienne et de l'antibiogramme quand celui-ci a été demandé par le prescripteur. Quand les résultats de l'antibiogramme le permettent une désescalade doit être envisagée. Celle-ci consiste à choisir, d'après l'antibiogramme, l'antibiotique efficace, ayant le spectre le plus étroit possible.

Des travaux sont en cours pour proposer à termes des antibiogrammes ciblés pour toutes les infections urinaires à *E.coli* qui nécessitent un examen cytobactériologique des urines. Le principe de l'antibiogramme ciblé est défini comme un antibiogramme rendu au prescripteur avec une liste courte d'antibiotiques testés. Tout le panel d'antibiotiques reste testé en fonction du germe. Le choix des antibiotiques à rendre est fait à la phase post analytique. L'antibiogramme complet est disponible sur demande du prescripteur auprès du laboratoire de biologie médicale. L'objectif est de permettre une juste utilisation des antibiotiques pour épargner les céphalosporines de 3e génération, les fluoroquinolones, et l'amoxicilline-acide clavulanique, antibiotiques particulièrement générateurs de résistance.

Pour les réévaluations complexes, un avis doit préférentiellement être pris auprès d'un référent en infectiologie, ou d'un centre de conseil en antibiothérapie.

Évaluer les pratiques en matière de qualité des prescriptions

Les groupes d'analyse de pratiques sont encouragés. La démarche des groupes qualité a pour objectif de permettre aux médecins généralistes d'une même zone géographique de se rencontrer régulièrement pour échanger et développer une démarche réflexive sur leur pratique.

La mise à disposition de packs de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles est réalisée par les structures d'appui en collaboration avec les référents en antibiothérapie.

Les centres de conseil en antibiothérapie encouragent et appuient l'autoévaluation des praticiens à partir de leur tableau d'activité, éventuellement accompagnée par des visites de pairs.

L'évaluation des pratiques professionnelles peut être utilisée dans le cadre du dispositif de formation continue (DPC).

[14] HAS, Principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours.

Assurer une vigilance accrue sur les durées de prescription

La durée de prescription doit être la plus courte possible afin de limiter la sélection de souches résistantes. Elle doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques et aux indications de l'autorisation de mise sur le marché. L'utilisation de logiciels d'aide à la prescription médicale certifiés, dont la liste est disponible sur le site Internet de la HAS, permet de disposer des recommandations et avis médico-économiques identifiés par la Haute Autorité de santé. (code de la sécurité sociale, art. L. 161-38).

ANNEXE 7

ACTIONS PRIORITAIRES EN ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL

Chaque prescripteur, quel que soit son statut, doit pouvoir bénéficier du conseil en antibiothérapie.

Les antibiothérapies tout en étant efficaces doivent préserver l'écologie bactérienne du résident et de la collectivité. Les recommandations de bonnes pratiques[15-16] permettent de mettre en œuvre les actions prioritaires définies localement.

Le médecin coordonnateur en EHPAD est un relais efficace dans la diffusion de recommandations de bonnes pratiques, de la réalisation d'évaluation des pratiques sur le bon usage des antibiotiques, de la promotion de la vaccination auprès des médecins traitants et des résidents et de leurs familles.

Il est rappelé qu'en période de circulation du virus de la grippe saisonnière, les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de la grippe peuvent aider à réduire l'incertitude clinique « au lit du patient », orienter la prise en charge immédiate, la décision d'utiliser ou non des antibiotiques ou des antiviraux, de poursuivre ou non des investigations paracliniques[17 18].

Un kit pédagogique « antibiotiques en EHPAD »[19] est disponible sur le site du ministère, il correspond à la volonté d'améliorer la prise en charge des problèmes infectieux des patients dans les EHPAD, et de répondre aux questions que peuvent se poser les soignants. Ce kit est destiné en priorité à apporter une aide aux personnes susceptibles de réaliser des formations et informations sur les antibiotiques, notamment les médecins coordonnateurs, et auprès des personnels soignants des EHPAD.

L'ARS accompagne les établissements médico-sociaux dans la mise en œuvre d'actions *via* la contractualisation, les structures d'appui ou l'animation d'un réseau.

[15] Guide des recommandations de prise en charge des infections aiguës en EHPAD. 2012. ARS Île de France.

[16] Utilisation des antibiotiques en EHPAD : les incontournables. CClin/arlin.

[17] Repères pour la pratique des tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe.

[18] http://www.sante.gouv.fr/grippe-saisonniere-information-des-professionnels-de-sante.html.

[19] http://www.sante.gouv.fr/kit-pedagogique-pour-l-usage-des-antibiotiques-en-etablissement-d-hebergement-pour-personnes-agees-dependantes-ehpad,13615.html.

ANNEXE 8

GLOSSAIRE

Antibiotiques « ciblés » : en référence à l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB2), item ATBA1. Les antibiotiques « ciblés » répondent à l'ensemble des critères suivants : leur prescription entraîne une dispensation journalière individualisée nominative, une réévaluation à 48-72 heures est nécessaire, leur consommation est suivie.

Antibiotiques critiques : compte tenu de considérants scientifiques et d'objectifs de santé publique, les antibiotiques considérés comme « critiques » remplissent les trois critères :

- antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes ;
- antibiotiques de dernier recours ;
- antibiotiques dont la prescription et/ou la dispensation doivent être contrôlées par des mesures spécifiques.

La liste de ces antibiotiques est disponible sur le site de l'ANSM.

Antibiotiques de dernier recours : cette notion renvoie à des antibiotiques présentant un intérêt particulier en traitement dit de « dernier recours ».

Antibiotiques particulièrement générateurs de résistances bactériennes : antibiotiques dont l'impact sur les flores commensales et l'action anti-anaérobie sont particulièrement « sélectionneurs » de résistances bactériennes.

Centres de conseil en antibiothérapie : l'équipe, le réseau ou la structure mis en place pour le conseil en antibiothérapie mettant à disposition des acteurs de santé un conseil pour l'aide à la prescription et au bon usage des antibiotiques.

Chargé de mission ARS sur l'antibiorésistance : désigné par le directeur général de l'ARS. Il assure un rôle d'appui dans l'élaboration de la politique régionale sur les antibiotiques, de coordination et de gestion opérationnelle en assurant le lien avec l'ensemble des structures régionales d'appui et réseaux de professionnels ainsi qu'avec les autorités nationales.

Dispensation contrôlée : en référence à l'indicateur de bon usage des antibiotiques version 2 (ICATB2), items ATBA4b/ATBA4c, les modalités de contrôle/réévaluation des prescriptions d'antibiotiques sont déterminées par l'établissement. Les contrôles peuvent consister, par exemple, en une vérification, lors de la dispensation initiale, du renouvellement ou de la réévaluation de la présence d'une argumentation microbiologique, de la conformité à des protocoles d'antibiothérapie, de l'obtention de l'avis du référent, de l'adaptation aux données du suivi thérapeutique.

Dispensation journalière individualisée nominative (DJIN) : dispensation individuelle au nom d'un patient qui s'effectue après analyse pharmaceutique chaque jour.

Dispensation pharmaceutique : la dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du code de la santé publique selon les principes suivants :

Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :

- l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;
- la préparation éventuelle des doses à administrer ;
- la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient.

Liste des antibiotiques considérés comme « critiques » : liste établie par l'ANSM compte tenu de considérants scientifiques et d'objectifs de santé publique, vouée à être actualisée régulièrement.

Prescription nominative renseignée : prescription nominative comportant outre les mentions légales, des renseignements cliniques permettant au pharmacien de vérifier la conformité de la prescription aux recommandations locales.

Référent en antibiothérapie : le référent en antibiothérapie assiste la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de bon usage des antibiotiques et l'élaboration des indicateurs de suivi de mise en œuvre de ces mesures. Il organise le conseil thérapeutique et diagnostique dans l'établissement (art. R. 6111-10 du code de la santé publique).

Réévaluation : la réévaluation de l'antibiothérapie permet de vérifier que l'état du patient nécessite une antibiothérapie, que l'antibiothérapie prescrite reste indiquée. La réévaluation est priorisée en fonction des antibiotiques « ciblés », du ou des micro-organismes précisés, du ou des sites infectieux précisés. Elle doit permettre la désescalade en utilisant l'antibiotique efficace, ayant le spectre le plus étroit possible.

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Santé environnementale

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DU LOGEMENT,
DE L'ÉGALITÉ DES TERRITOIRES
ET DE RURALITÉ

Délégation interministérielle
à l'hébergement
et à l'accès au logement

Instruction interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3 n° 2015-221 du 30 juin 2015 relative aux résultats de l'enquête nationale sur la lutte contre l'habitat indigne et la lutte contre le saturnisme au titre de l'année 2013 et concernant l'ouverture de l'enquête portant sur les données de l'année 2014

NOR : *AFSP1515772J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 26 juin 2015. – Visa CNP 2015-112.

Résumé : la présente instruction diffuse le bilan des données 2013 recueillies par l'enquête du 26 mars 2014. Elle ouvre également l'enquête portant sur les données de l'année 2014. Ces enquêtes sont nécessaires pour apprécier les avancées réalisées ainsi que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la politique de lutte contre l'habitat indigne conduite dans les départements. Elles portent à la fois sur les aspects organisationnels et opérationnels.

Délai de réponse : 14 septembre 2015.

Mots clés : habitat indigne – insalubrité – saturnisme – bilan enquête 2013 – enquête annuelle 2014.

Références :

Code de la santé publique : articles L. 1311-4, L. 1331-22 à L. 1331-29, L. 1334-1 à L. 1334-12 et R. 1334-1 à R. 1334-13 ;

Code de la construction et de l'habitation : articles L. 511-2, L. 123-3 et L. 129-1 à L. 129-7 ;

Loi n° 2011-725 du 23 juin 2011 portant dispositions particulières relatives aux quartiers d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer ;

Loi n° 2014-366 du 26 mars 2014 pour l'accès au logement et à un urbanisme rénové (ALUR) : article 75 ;

Circulaire n° 2008-5279 du 22 février 2008 relative à la mise en œuvre du grand chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ;

Circulaire du DIHAL/pôle national de lutte contre l'habitat indigne du 8 juillet 2010 relative aux priorités en matière de la lutte contre l'habitat indigne ;

Note circulaire du DIHAL en date du 12 mars 2012 relative aux pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne ;

Note d'information interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3 n° 2012-387 du 16 novembre 2012 relative aux résultats de l'enquête nationale relative à la lutte contre l'habitat indigne et la lutte contre le saturnisme portant sur l'année 2010 et relative à l'ouverture des enquêtes portant sur les données de l'année 2011 et de l'année 2012 ;

Note d'information interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3 n° 2014-91 du 26 mars 2014 relative aux résultats de l'enquête nationale relative à la lutte contre l'habitat indigne et la lutte contre le saturnisme portant sur les années 2011 et 2012 et relative à l'ouverture de l'enquête portant sur les données de l'année 2013 ;

Instruction du 31 mars 2014 relative au traitement de l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer.

Annexes :

Annexe 1. – Rapport EHI 2014 sur les données 2013.

Annexe 2. – Notice pour renseigner l'enquête habitat indigne sur les données 2014.

Annexe 3. – Questionnaire en version PDF – Enquête habitat indigne 2014.

Annexe 4. – Codes d'identification des départements.

Le directeur général de la santé, le directeur de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages et le préfet, délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement de personnes sans-abri ou mal logées, à Mesdames et Messieurs les préfets ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de l'environnement, de l'aménagement et du logement ; Monsieur le directeur régional et interdépartemental de l'hébergement et du logement d'Île-de-France ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux des territoires ; Mesdames et Messieurs les responsables des unités territoriales de la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement; Mesdames et Messieurs les directeurs de l'environnement, de l'aménagement et du logement ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des services communaux d'hygiène et de santé.

La lutte contre l'habitat indigne reste une priorité majeure de l'État. Cette priorité a été récemment réaffirmée par les dispositions de la loi n° 2014-366 du 26 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), dont le titre II prévoit des dispositions relatives à la lutte contre l'habitat indigne.

Depuis plusieurs années, l'enquête annuelle menée auprès des services déconcentrés et des Agences régionales de santé (ARS) permet d'apprécier les avancées réalisées en matière de lutte contre l'habitat indigne, d'appréhender les difficultés pouvant être rencontrées et ainsi de proposer des perspectives d'amélioration pour favoriser la mise en œuvre de cette politique sur l'ensemble du territoire. La présente instruction diffuse le bilan élaboré à partir des données 2013 recueillies en 2014 (annexe 1) et vous informe du lancement de l'enquête portant sur l'année 2014.

Pour les services du ministère chargé du logement, l'enquête annuelle a également vocation à alimenter le dialogue de gestion préalable à la préparation des contrats passés avec les responsables de budget opérationnel de programme.

L'analyse des résultats de l'année 2013 permet de souligner les points suivants :

Les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) sont généralisés sur l'ensemble du territoire avec des situations variables en matière d'animation selon les départements et les régions. L'implication des services de l'État et des Agences régionales de santé dans l'animation de ces pôles, visible pour la plupart des départements, est indispensable et doit être confortée par un pilotage stratégique assuré par le préfet, encore insuffisant actuellement. Seuls 20 % des pôles sont aujourd'hui pilotés par un préfet.

La lutte contre l'habitat indigne doit être encore davantage intégrée, articulée et coordonnée avec les autres dispositifs existants : 38 % des départements ne disposent pas de plans départementaux de LHI ; cependant, lorsqu'il existe, il est dans 87 % des cas intégré au PDALHPD (Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées, demandé par la loi ALUR). Dans la plupart des départements, l'ensemble des programmes locaux de l'habitat dispose bien d'un volet LHI, élément essentiel pour l'élaboration d'une stratégie d'amélioration de l'offre de logements dignes mise en œuvre dans la durée. Enfin, l'inscription de la LHI dans les contrats locaux de santé est un levier à développer pour intégrer l'habitat en tant que déterminant de santé, dans la déclinaison locale des projets régionaux de santé.

Sur le plan coercitif, le nombre de procédures engagées par le préfet continue de progresser (plus de 2 800 en 2013), notamment grâce à la mobilisation des ARS impliquées dans la mise en œuvre des polices d'insalubrité prévues par le code de la santé publique. En revanche, la visibilité sur le nombre d'arrêtés pris par les maires en application du code de la construction et de l'habitation reste encore insuffisante. L'outil de repérage et de traitement de l'habitat indigne (ORTHI) est à promouvoir auprès des communes et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) comme outil de l'observatoire prévu à l'article 3 de la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement, mutualisant l'ensemble des données sur la lutte contre l'habitat indigne.

Pour la première fois, l'enquête comporte en 2013 une partie spécifique sur la mise en œuvre dans les départements d'outre-mer des articles 9, 10 et 11 de la loi n° 2011-725 du 23 juin 2011 dite « loi Letchimy ». Ce premier point permettra de suivre l'évolution de la mise en œuvre de ces procédures nouvelles dans les prochains mois, qui devrait s'amplifier notamment suite à la diffusion

en 2014 de la dernière instruction (instruction du 31 mars 2014 relative au traitement de l'habitat indigne dans les DOM – dispositifs spécifiques) complétant le dispositif législatif et réglementaire en vigueur.

La nouvelle enquête portant sur l'année 2014 est composée de neuf groupes de questions intégrant de nouvelles questions spécifiquement dédiées à la mise en œuvre de l'article 75 de la loi ALUR ainsi qu'à la gestion du risque amiante :

- organisation de la lutte contre l'habitat indigne ;
- outils ;
- moyens dédiés à la lutte contre l'habitat indigne ;
- mise en œuvre de l'article 75 de la loi ALUR ;
- bilan des procédures de LHI – Procédures relatives au code de la santé publique (CSP) ;
- bilan des procédures LHI – saturnisme ;
- bilan des procédures de gestion du risque amiante dans les immeubles bâtis ;
- bilan des procédures LHI – procédures mises en œuvre par le maire ;
- bilan des procédures LHI – procédures « Letchimy » mises en œuvre dans les départements d'outre-mer (DOM).

Le questionnaire 2015 sur les données 2014 a été allégé conformément à la recommandation du secrétariat général du Gouvernement. Les questions sont moins détaillées et leur nombre de questions a été réduit (il était de 83 questions en 2014, il est de 49 cette année).

Seuls les services ayant renseigné exhaustivement ORTHI sont dispensés des questions relatives au bilan des procédures LHI.

Le questionnaire est accessible à l'adresse URL mentionnée à l'annexe 2 de la présente instruction. Les règles précises pour la saisie d'un questionnaire unique par département sont également précisées dans cette annexe.

Afin d'assurer la réponse à l'ensemble du questionnaire, une coordination à l'échelle du département, *via* le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne, est souhaitée. La validation définitive de chaque questionnaire départemental est effectuée par la DREAL.

La version PDF du questionnaire vous est également transmise pour faciliter votre saisie en ligne (annexe 3).

Nous vous saurions gré de bien vouloir effectuer le retour de ce questionnaire avant le 14 septembre 2015.

Nous vous remercions à l'avance de veiller à la qualité des informations qui nous seront adressées en réponse à cette enquête, sans laquelle la politique de lutte contre l'habitat indigne ne peut faire l'objet d'un suivi, ni être évaluée et améliorée, au regard des objectifs nationaux.

Par notes circulaires en date du 8 juillet 2010 et du 12 mars 2012, le délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL) avait précisé et développé les trois axes d'intervention prioritaires à déployer au niveau local, particulièrement le pilotage des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), la prise et le suivi des arrêtés préfectoraux, ainsi que l'accompagnement des collectivités territoriales.

Ces priorités réaffirmées par Mme Sylvia Pinel, ministre du logement, de l'égalité des territoires et de la ruralité dans la « feuille de route » déclinée en clôture de la 2e journée nationale des PDLHI du 8 avril 2015 à Paris impliquent une mobilisation forte des préfets, de leurs services ainsi que des ARS à travers notamment l'élaboration de protocoles de travail prévoyant des objectifs annuels concrets.

Il est demandé dans ce cadre à chacun des PDLHI d'adresser désormais chaque année au pôle national de lutte contre l'habitat indigne (PNLHI) un bilan synthétique de leurs actions.

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

Le directeur de l'habitat,
de l'urbanisme et des paysages,
L. Girometti

Le préfet, délégué interministériel
pour l'hébergement et l'accès au logement
de personnes sans-abri ou mal logées,
S. Mathieu

Le secrétaire général,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

Enquête annuelle sur les actions départementales engagées pour lutter contre l'habitat indigne

Rapport EHI 2014 sur les données 2013

Table des matières

Préambule.....5

1 – Les acteurs et le réseau d'acteurs.....6

1-1 L'animation de la LHI dans les départements et les régions.....6
1-2 L'animation régionale 2013.....9

2 – La LHI dans les documents de programmation.....12

2-1 Les plans départementaux d'action pour le logement (et l'hébergement) des personnes défavorisées.....12
2-2 Les programmes locaux de l'habitat.....15

3 – Les outils de gestion et de suivi.....17

3-1 Les dispositifs de signalement.....17
3-2 Le suivi avec l'observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne, les autres observatoires de l'habitat indigne et les outils de gestion.....19
3-3 Les études de repérage.....27
3-4 Opérateurs d'études.....33

4 – Les moyens humains et financiers.....34

4-1 Les personnels.....34
4-2 L'implication des services.....35
4-3 L'appui spécifique aux communes.....38

5 – Les procédures.....39

5-1 Le volet incitatif et les subventions aux collectivités à la suite des travaux d'office.....39
5-2 Le volet coercitif.....42
5-3 Mise en œuvre des articles 9, 10 et 11 de la loi dite « Letchimy ».....61

CONCLUSION.....63

Préambule

La lutte contre l'habitat indigne (LHI) constitue une priorité majeure de l'État. Cette priorité a été récemment réaffirmée par les dispositions de la loi n°2014-366 du 26 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), dont le titre II contient des dispositions relatives à la lutte contre l'habitat indigne. La loi vise en particulier à confier les polices spéciales de l'habitat à un acteur unique, le président de l'établissement public de coopération intercommunal (EPCI), renforçant ainsi le rôle de l'échelon intercommunal dans les politiques du logement. La loi complète également la boîte à outils de la LHI en créant la possibilité d'instaurer une astreinte administrative à l'encontre des propriétaires indélicats. Enfin, par plusieurs dispositions, la loi a pour objectifs d'intensifier la lutte contre les « marchands de sommeil ».Le rôle des services de l'État et des agences impliqués dans la lutte contre l'habitat indigne - agences régionales de santé (ARS), directions départementales du territoire (DDT) et directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) – reste par ailleurs fondamental.

Depuis plusieurs années, l'enquête menée auprès des services déconcentrés, des ARS et des services communaux d'hygiène et de santé (SCHS) visés au 3° alinéa de l'article L.1422-1 du code de la santé publique permet d'apprécier les avancées réalisées en matière de LHI, d'appréhender les difficultés pouvant être rencontrées et ainsi de proposer des perspectives d'amélioration pour favoriser la mise en œuvre de cette politique sur l'ensemble du territoire.

Ce rapport présente les résultats de l'enquête lancée par la note d'information interministérielle DGS/EA2/PNLHI/DHUP-PH3/2014 du 26 mars 2014 et porte sur les données de l'année 2013. Il comporte ponctuellement des données complémentaires issues d'autres sources que l'enquête proprement dite.

Le questionnaire 2013 était composé de 85 questions réparties en 6 groupes :

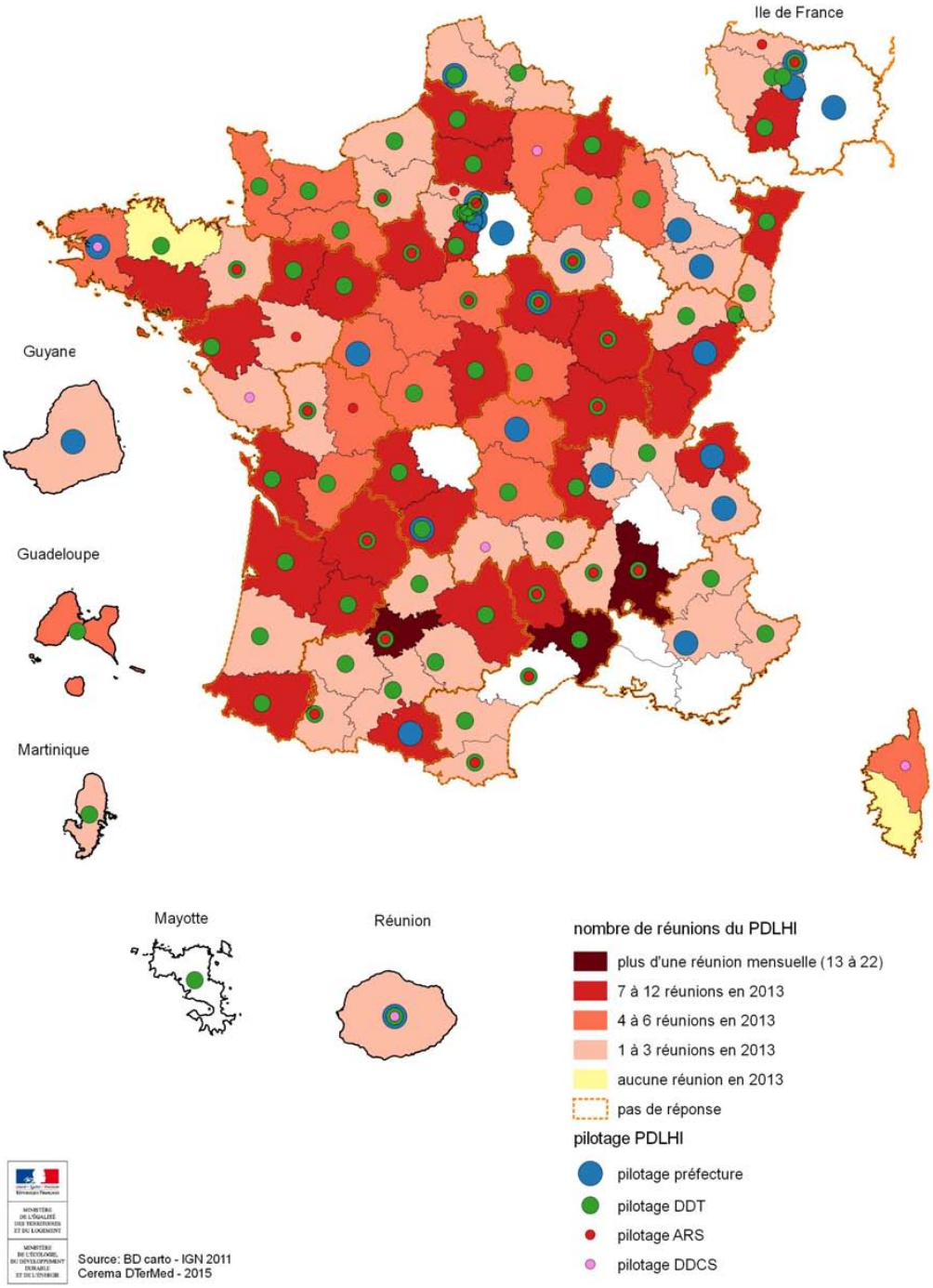
- organisation de la lutte contre l'habitat indigne ;
- outils et moyens ;
- bilan des procédures LHI – procédures relatives au code de la santé publique ;
- bilan des procédures LHI – saturnisme ;
- bilan des procédures LHI – procédures mises en œuvre par le maire ;
- bilan des procédures LHI – mise en œuvre dans les DOM des articles 9, 10 et 11 de la loi n°2011-725 du 23 juin 2011 portant plusieurs dispositions particulières relatives aux quartiers d'habitat informel et à la lutte contre l'habitat indigne en outre-mer, dite « loi Letchimy ».

Tous les départements ont répondu à l'enquête avec un taux de réponse global de 84 %. Ainsi, 30 départements ont renseigné plus de 90 % des questions et 67 départements plus de 80 % des questions.

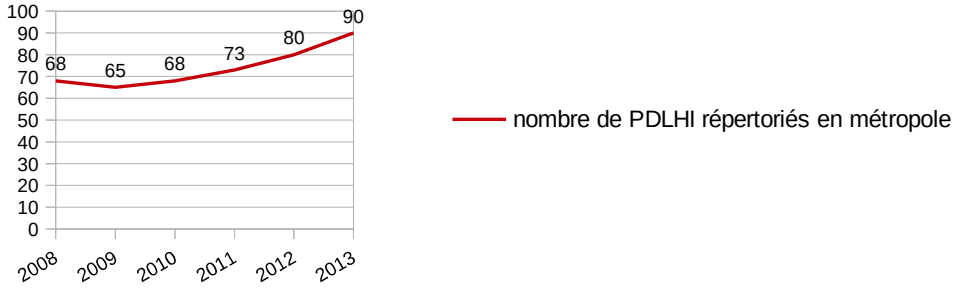
1 – Les acteurs et le réseau d'acteurs

1-1 L'animation de la LHI dans les départements et les régions

Nombre de réunions du PDLHI et animation départementale – 2013

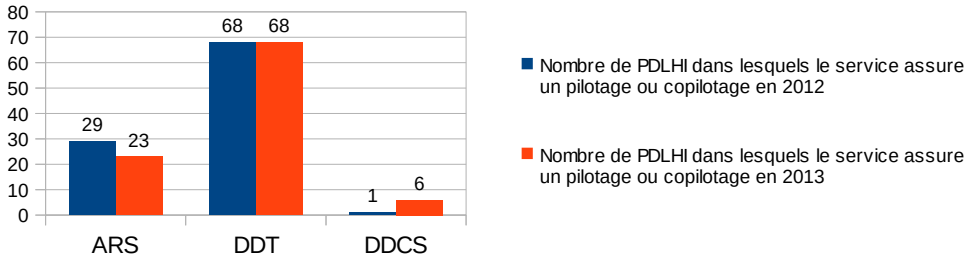


La première journée nationale d'échange des Pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), organisée le 22 novembre 2013 par la délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement / pôle national de lutte contre l'habitat indigne (DIHAL/PNLHI), a marqué la réussite du déploiement des PDLHI sur l'ensemble du territoire. L'intérêt et la nécessité d'organiser et d'animer le travail entre tous les acteurs de la lutte contre l'habitat indigne est un constat partagé.



La généralisation des PDLHI sur l'ensemble du territoire recouvre cependant des situations très variables en matière d'animation de la LHI dans les départements et les régions.

Service assurant le pilotage ou le copilotage opérationnel des PDLHI en 2012 et 2013



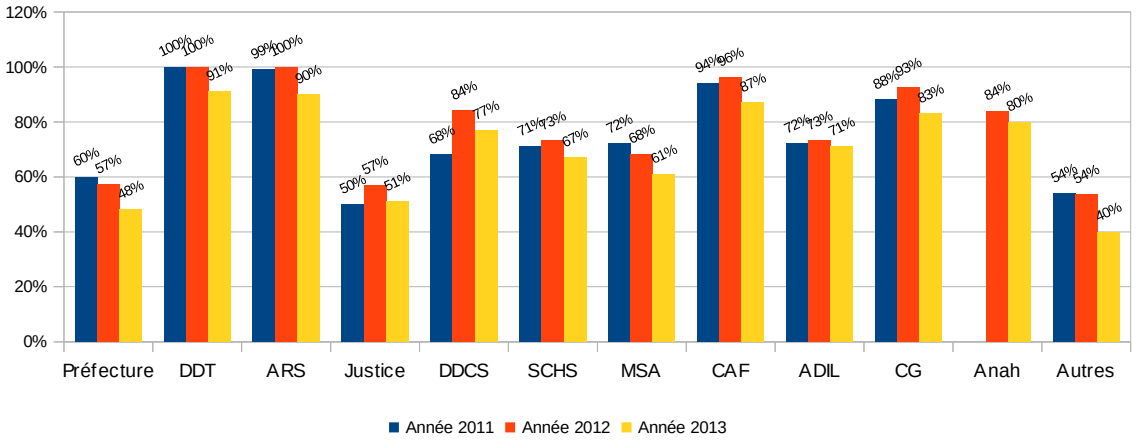
En 2013, le préfet ou le sous-préfet a assuré le pilotage du PDLHI dans 20 départements (23 en 2012). Le pilotage stratégique du PDLHI par le préfet ou le sous-préfet chargé de la lutte contre l'habitat indigne est particulièrement important. En effet, cette implication de premier niveau dans l'activité du PDLHI renforce l'efficacité et la coordination des services et assure des arbitrages pertinents. Le portage par l'État est un gage de dynamisme du PDLHI de nature à entretenir la mobilisation des services partenaires.

Concernant le pilotage opérationnel des PDLHI, l'implication des directions départementales du territoire (DDT) reste stable, avec un rôle de pilote ou co-pilote dans 68 départements en 2013 comme en 2012. La présence des directions départementales de la cohésion sociale (DDCS) progresse avec une participation au pilotage dans 6 départements (un seul en 2012). Les agences régionales de santé (ARS) apparaissent en retrait en 2013 (pilotage ou co-pilotage de 23 PDLHI en 2013 contre 29 en 2012).

Représentation des services aux réunions des PDLHI
(Période 2010-2013)

L'enquête 2013 montre que le « noyau dur » des PDLHI se confirme. Il est constitué des DDT, des ARS, des caisses d'allocations familiales (CAF), du conseil général (CG), de l'Agence nationale de l'habitat (ANAH), des DDCS et des Agences départementales d'information sur le logement (ADIL).

Représentation des services aux réunions des PDLHI
(évolution par acteur période 2011/2013)



Le graphique se lit ainsi : en 2013, la DDT était représentée dans 91 % des réunions des PDLHI.

L'ensemble des services voit son taux de participation aux PDLHI en légère baisse, seules les ADIL maintiennent leur niveau de présence dans les pôles départementaux (dans plus de 70 % des départements en 2013).

Concernant le partenariat avec la justice, plus de la moitié des PDLHI entretiennent des relations de travail avec les parquets. Les autres participants des PDLHI mentionnés par les services sont essentiellement les collectivités (EPCI, Communauté de communes) et les opérateurs.

Enfin, un SCHS participe aux travaux du PDLHI dans 87 % des départements dans lesquels il existe au moins un SCHS (soit 76 départements). Sur les 208 SCHS existants en France, 129 sont des partenaires recensés des PDLHI soit 62 % de SCHS associés. Il subsiste un doute dans 6 départements (31 SCHS) qui n'ont pas répondu à cette question.

1-2 L'animation régionale 2013

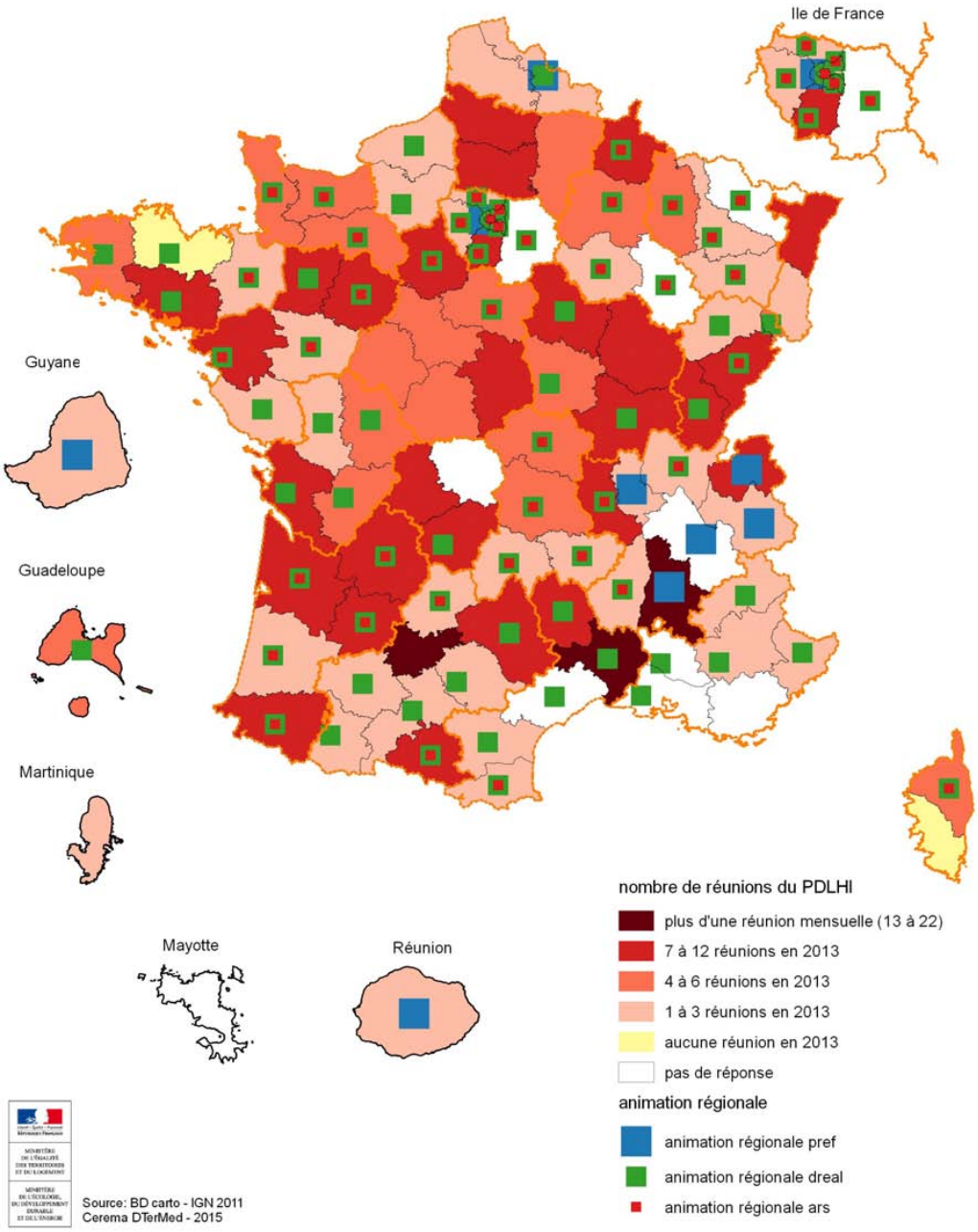
L'animation régionale progresse en 2013. S'il reste trois régions métropolitaines pour lesquelles aucune action d'animation LHI de niveau régional n'a été identifiée par aucun département, dans les 19 autres régions l'ensemble des départements ont indiqué l'existence de l'animation régionale. En 2012, sept régions (hors DOM) n'avaient pas d'animation régionale.

Le renforcement de cette animation régionale est ainsi particulièrement perceptible en Île-de-France, Champagne-Ardennes, Haute-Normandie, Lorraine, Aquitaine, Auvergne et Languedoc-Roussillon. L'animation se maintient en Basse-Normandie, Franche-Comté, Bretagne, Poitou-Charente, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes.

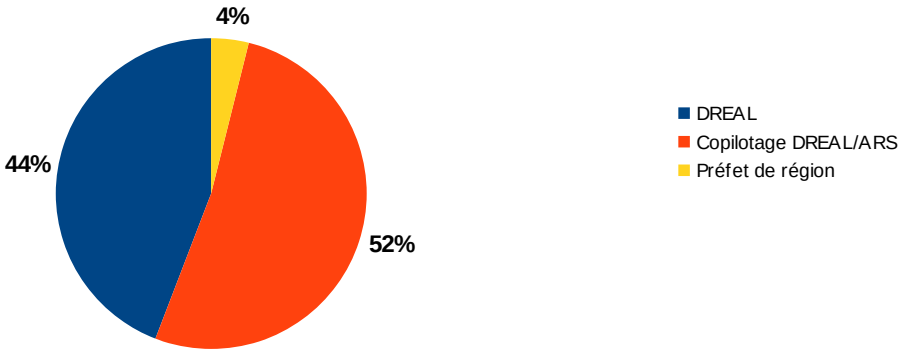
En revanche l'animation régionale régresse dans certaines régions. En Bourgogne, la Cote-d'Or ne l'a pas mentionnée en 2013. Le Limousin, l'Alsace et la Picardie ne sont plus du tout mentionnés en 2013 alors que la Creuse mentionnait en 2012 une animation régionale en Limousin, le Bas-Rhin la mentionnait pour l'Alsace et l'Aisne en Picardie.

Enfin pour les autres régions, l'évolution est partielle avec une animation régionale qui n'est pas encore identifiée par tous les départements qui ont répondu à l'enquête.

Nombre de réunions du PDLHI et animation régionale – 2013

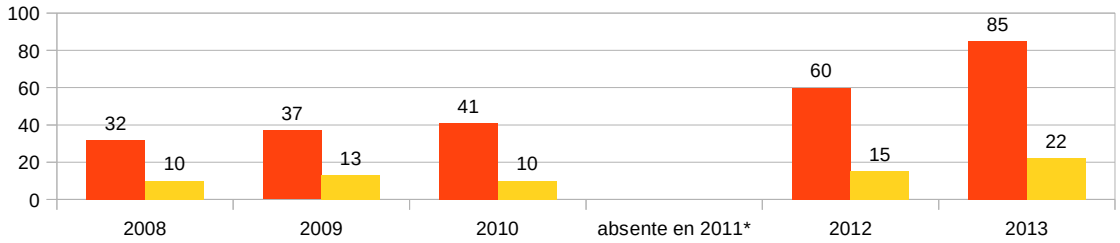


Pilotage de l'animation régionale
(en % du nombre de départements ayant répondu qu'il existe une animation régionale)



L'animation régionale est conduite par la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL) seule (44%) ou en association avec l'ARS (53%).

Identification des structures d'animation régionales



* cette donnée n'a pas été collectée pour l'exercice 2011

Au total en 2013, 20 régions sur 22 ont une structure d'animation régionale de la LHI identifiée par les 85 départements qui en bénéficient. La progression se poursuit. Avec d'une part, la généralisation du déploiement d'ORTHI et de son futur infocentre depuis le printemps 2013 et d'autre part, la présence de structures partenariales (PDLHI) dans tous les départements, le pilotage de la LHI à l'échelle régionale, notamment par les DREAL (évaluation, programmation des crédits ANAH), devrait se pérenniser au cours des prochaines années.

2 – La LHI dans les documents de programmation

Par essence multi-partenariale, la lutte contre l'habitat indigne nécessite d'être portée par tous les services et les organisations concernées par cette politique.

Le traitement efficient de l'habitat indigne implique comme préalable l'organisation et la mise en œuvre de son repérage. Celui-ci est imposé par les documents d'orientation et se traduit en particulier par la mise en en place d'observatoires ou par des études de repérage.

Par ailleurs, la déclaration obligatoire des cas de saturnisme, les signalements spontanés et les transmissions aux ARS des contrats de risques d'exposition au plomb (CREP), permettent de repérer des logements présentant des risques d'accessibilité au plomb voire de péril ou d'insalubrité.

La progression de la prise en compte de la LHI dans les documents de programmation – plans départementaux d'action pour le logement (et l'hébergement) des personnes défavorisées et programmes locaux de l'habitat – s'est confirmée en 2013. Cela révèle la prise en compte systématique de l'habitat indigne par les collectivités territoriales concernées dans leur politique de l'habitat et laisse augurer des interventions pérennes.

2-1 Les plans départementaux d'action pour le logement (et l'hébergement) des personnes défavorisées

La loi portant engagement national sur le logement (ENL) du 13 juillet 2006 crée l'obligation de faire figurer dans le plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD) – document de programmation institué par la loi du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement – un volet spécifique habitat indigne (repérage et plan d'action).

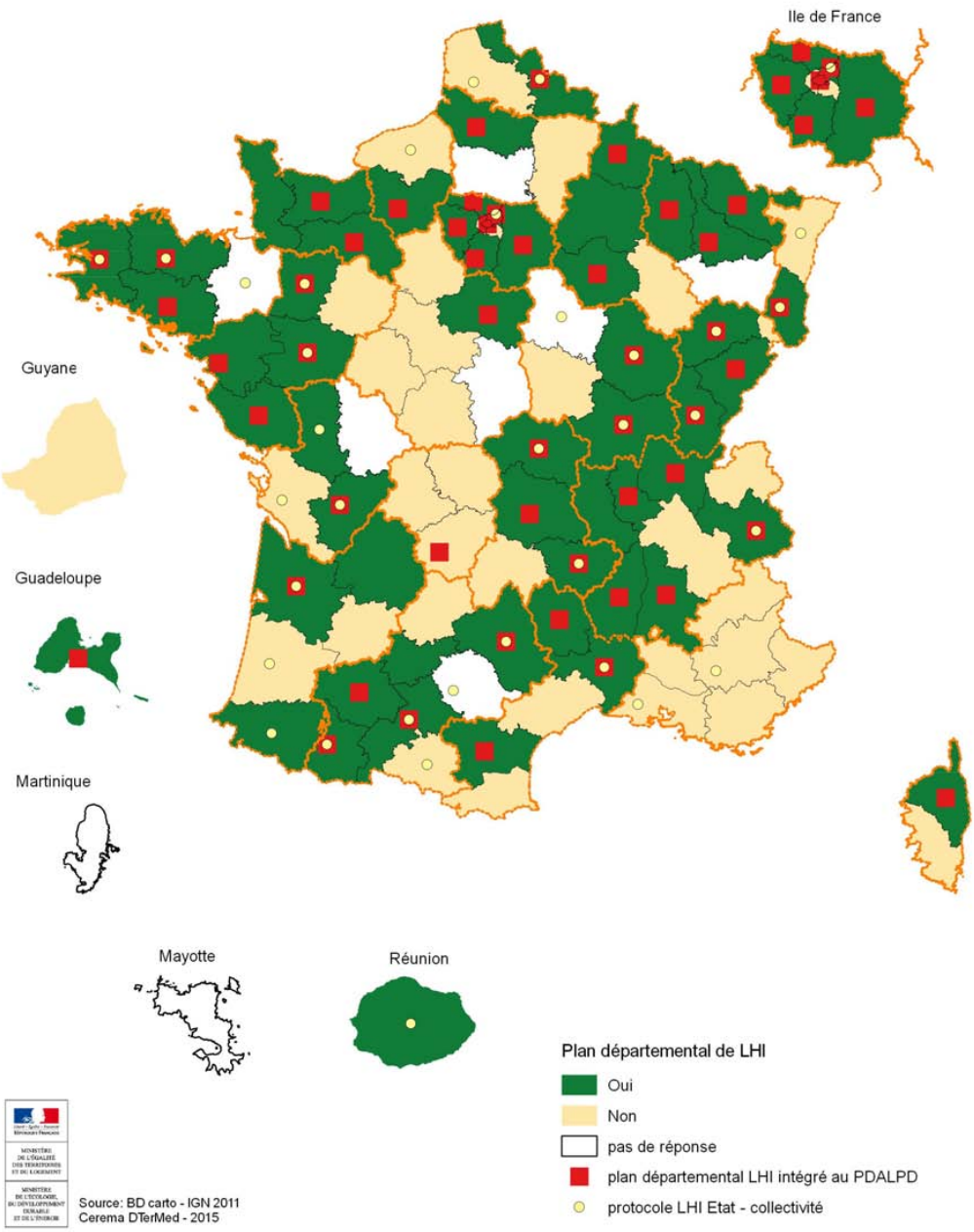
La loi du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion qui a créé le plan départemental d'accueil, d'hébergement et d'insertion (PDAHI) prévoyait l'inclusion de ce document dans le PDALPD.

La loi ALUR a prévu le renforcement de l'articulation entre logement et hébergement notamment par fusion du PDAHI et du PDALPD. La fusion de ces deux dispositifs vise à mieux accompagner les personnes vers le logement et définir les actions en faveur de l'hébergement complémentaires de celles prises en faveur du logement.

La programmation de l'offre est ainsi rassemblée dans un seul et même document.

Ce nouveau **plan local d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées (PDALHPD)** est établi par le préfet et le président du Conseil général pour une durée maximale de 6 ans. Son entrée en vigueur est prévue au plus tard trois ans après la promulgation de la loi ALUR.

Présence de volets LHI dans les PDALPD et de protocoles LHI – 2013

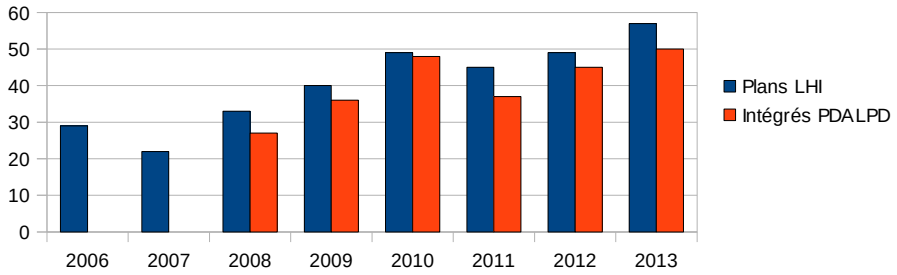


En 2013, 87% des plans départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) existants sont intégrés aux PDALPD existants, ce qui correspond à 50 PDLHI intégrés aux PDALPD sur 57 PDLHI recensés en 2013. 33 PDLHI étaient recensés en 2008, 40 en 2009.

Toutefois, 38% des départements n'ont toujours pas de plans départements de lutte contre l'habitat indigne.

Néanmoins, à la date de l'enquête, un certain nombre de PDALPD étaient en cours de renégociation. Il convient de rappeler que les PDALPD doivent nécessairement inclure les mesures relatives au repérage et à la résorption des logements indignes, des logements non décents et des locaux impropres à l'habitation.

Présence d'un volet HI dans les PDALPD (période 2006 à 2013)



* L'année 2011 présente une baisse significative du nombre de PDLHI recensés mais cette baisse est certainement liée au fait que l'enquête avait été groupée pour les deux exercices 2011 et 2012 et certains services semblaient avoir limité leur réponse à 2012, l'année la plus récente.

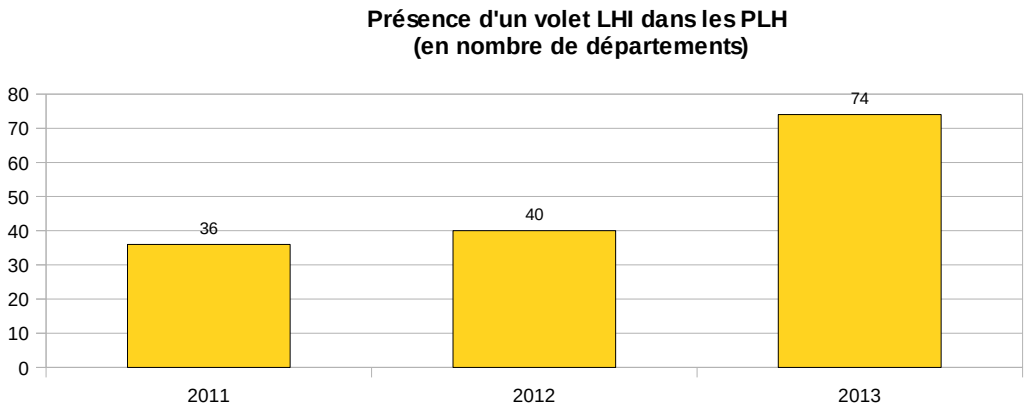
Au niveau infra-départemental, le nombre de **protocoles d'accord État-collectivités territoriales** signés entre les acteurs locaux pour formaliser l'organisation de la LHI reste stable, soit environ une soixantaine. Ces protocoles permettent de préciser les modalités d'intervention des différents partenaires dans ces opérations de LHI qui peuvent s'avérer complexes et mobilisent nécessairement plusieurs « filières métier » (sanitaire, hygiène et sécurité, urbanisme, action sociale).

Ces protocoles LHI visent à définir et organiser les modalités opérationnelles de la LHI sur le territoire de la collectivité. Ils sont généralement pluriannuels et peuvent évoluer pour prendre en compte de nouveaux dispositifs – programme d'intérêt général (PIG), opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH), nouveau zonage prioritaire, etc – ou s'intégrer dans les contrats locaux de santé.

En 2013, des protocoles État-collectivités sont mis en œuvre dans 34 départements (35 départements en 2012). En outre, deux départements précisent que des protocoles sont en cours d'élaboration.

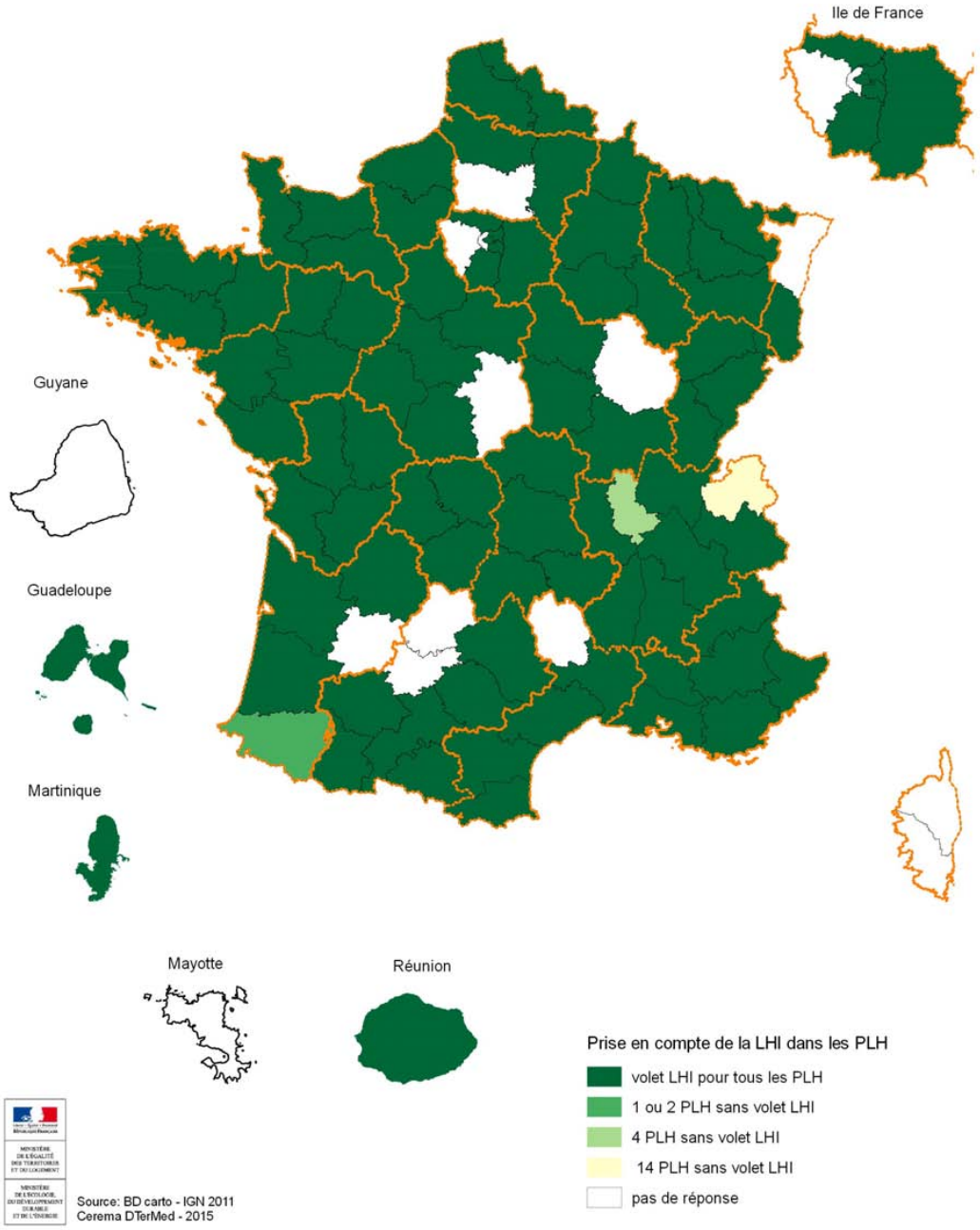
2-2 Les programmes locaux de l'habitat

C'est également la loi portant engagement national sur le logement (ENL) du 13 juillet 2006 qui crée l'obligation de fixer un objectif de repérage de l'habitat indigne dans les **programmes locaux de l'habitat (PLH)**. 74 départements confirment que l'intégralité de leurs PLH intègrent la thématique LHI en 2013 (sur les 87 départements ayant répondu à la question). Ils étaient 36 départements en 2011 et 40 en 2012 à intégrer la thématique LHI dans les PLH.



La progression constatée est très positive. Les efforts des services de l'État pour intégrer la lutte contre l'habitat indigne dans les politiques locales de l'habitat doivent se poursuivre. À ce titre, il est important que les connaissances des chargés de mission LHI soient systématiquement mobilisées pour l'élaboration de l'avis de l'État sur les PLH.

Prise en compte de la LHI dans les PLH – 2013



En 2013, dans 14 % des départements, la personne qui renseigne l'enquête ne dispose pas de l'information (en blanc sur la carte).

3 – Les outils de gestion et de suivi

3-1 Les dispositifs de signalement

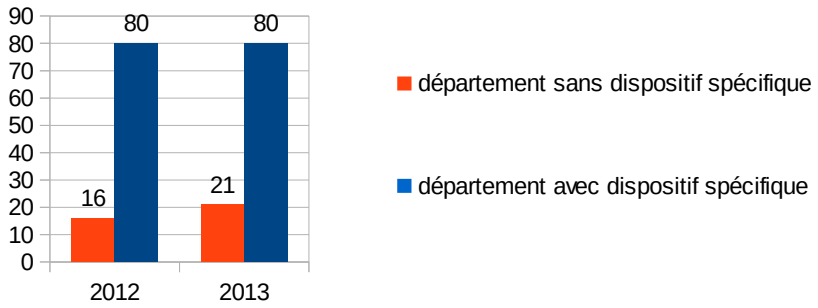
Le repérage des situations d'habitat indigne repose sur un dispositif classique, notamment via les plaintes ou les signalements effectués spontanément, par exemple auprès des services communaux ou des ARS, mais également sur des dispositifs plus organisés.

Le guide méthodologique du repérage de l'habitat indigne diffusé par la DIHAL[1] rappelle l'importance des dispositifs pratiques de repérage actif. Ces dispositifs peuvent revêtir des caractéristiques diverses mais se déclinent habituellement sous forme de fiches de présomption d'habitat indigne destinée à faciliter les signalements aux partenaires du PDLHI. Ces fiches sont recensées sous diverses dénominations (fiches navettes, relevés d'observation logement, fiches de « signalement », etc.). Le suivi de ces signalements doit également participer aux futures actions de repérage.

Le guide méthodologique liste par ailleurs des acteurs de terrains qui font des visites de logements et, de ce fait, sont des sources potentielles d'information dans le cadre du repérage actif de la LHI. Ces acteurs de terrain peuvent être les élus, les travailleurs sociaux mais également le milieu associatif (aide à domicile, associations de locataire, etc.), le personnel de santé (infirmiers, médecins), les services de sécurité (forces de l'ordre et pompiers), les facteurs, etc. Les opérateurs sont impliqués sur le terrain et porteurs de l'information sur l'état des logements qu'ils visitent au titre d'activités transversales.

3-1-1 Quelle est la dynamique des dispositifs de signalement ?

Les dispositifs spécifiques de signalement en 2012 et 2013



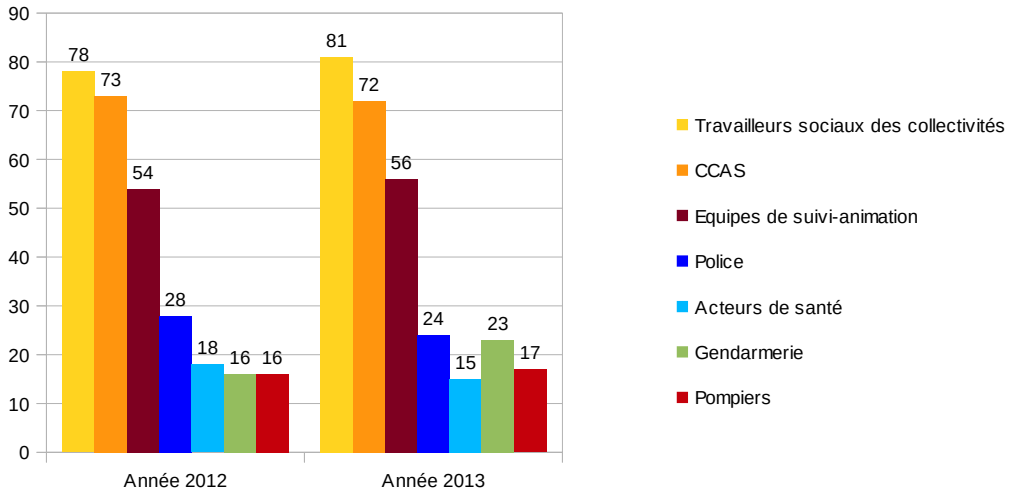
Les dispositifs spécifiques de signalement de l'habitat indigne sont toujours mentionnés dans 80 départements sur 101 en 2013 (identique à 2012). La mise en place de ces dispositifs par les PDLHI est recommandée dans les départements qui ne s'en sont pas dotés (Aube, Bouches-du-Rhône, Creuse, Eure-et-Loir, Corse-du-sud, Haute-Garonne, Indre-et-Loire, Lot, lot-et-Garonne, Marne, Haute-marne, Nièvre, Nord, Pyrénées-Orientales, Rhône, Vienne, Hauts-de-Seine, Seine-St-Denis, Val-de-Marne, Mayotte et Martinique).

Les départements signalent fréquemment que ce dispositif s'appuie sur les fiches de signalement partagées pour informer la structure chargée de centraliser (PDLHI, opérateur suivi-animation de l'ANAH, ARS, etc.). Ces fiches sont généralement élaborées avec tous les acteurs dans le cadre d'un travail partenarial conduit par le PDLHI.

[1] Lien pour accéder au guide repérage des situations, mode d'emploi (version janvier 2014) : http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_guide_reperage_lhi_janv_2014.pdf

3-1-2 Quels sont les acteurs présents dans ces dispositifs ?

Acteurs associés au dispositif de signalement en 2012 et 2013



Les travailleurs sociaux des collectivités représentent le cœur des dispositifs de signalement auxquels ils sont systématiquement associés (notamment les travailleurs sociaux des conseils généraux).

La mobilisation des centres communaux d'action sociale (CCAS), acteurs de terrain incontournables pour le signalement, se poursuit en 2013. Les CCAS ont rejoint les dispositifs de signalement dont ils étaient absents en 2012 dans 5 départements supplémentaires (Charente, Corrèze, Sarthe, Haute-Vienne, Vosges). La Meuse signale qu'elle mobilise les élus (le maire) lorsque la commune ne dispose pas d'un CCAS. Les CCAS sont toutefois absents dans 15 % des cas (Hautes-Alpes, Aveyron, Charente-Maritime, Gers, Ille-et-Vilaine, Isère, Haute-Loire, Bas-Rhin, Saône-et-Loire, Yvelines, Deux-Sèvres, Guyane).

La présence des équipes de suivi-animation d'opérations programmées (OPAH, PIG) se renforce également : elles sont mobilisées dans 70 % des dispositifs de signalement. Le pourcentage des équipes présentes sur un territoire mais absentes du dispositif n'est pas connu.

Les forces de police ou de gendarmerie sont présentes dans un tiers des dispositifs (27 départements) et associées dans 85 % des cas. Trois départements ruraux (Aude, Cantal et Haute-Corse) mobilisent la gendarmerie seule, quatre autres départements ne mobilisent que la police (la police municipale dans l'Aube en lien avec l'ARS, Gironde, Seine-Maritime, Hauts-de-Seine). Les forces de police ou de gendarmerie sont également des acteurs de terrain amenés régulièrement à entrer dans les logements. Ils peuvent à ce titre être sensibilisés à la nécessité du signalement (cf. guide repérage de l'habitat indigne susmentionné).

Les pompiers sont associés dans 65 % des cas lorsque les forces de police et la gendarmerie sont déjà présentes ce qui correspond à 50 % des dispositifs où ces deux services sont présents (11 départements). En revanche, ils sont présents sans aucun de ces partenaires dans 5 départements (Doubs via le SCHS, Finistère localement à Brest, Ille-et-Vilaine, Vendée et Vosges).

Enfin, la mobilisation des acteurs de santé (y compris les services intervenant en urgence, SAMU et SOS médecin) est en léger retrait. Il est probablement plus difficile de mobiliser des professions libérales (infirmiers) mais cela reste nécessaire car elles visitent fréquemment des logements dans le cadre des soins à la personne.

3-2 Le suivi avec l'observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne, les autres observatoires de l'habitat indigne et les outils de gestion

Pour répertorier les logements identifiés comme indignes, l'article 60 de la loi portant engagement national pour le logement précitée prévoit la mise en place d'observatoires nominatifs de l'habitat indigne en accompagnement des volets « habitat indigne » des PDALPD.

Dans cette optique, la direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (DHUP) a mis au point le système d'information « observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne » (ORTHI) dont le déploiement opérationnel a débuté en février 2013. ORTHI permet de mutualiser l'ensemble des données relatives à l'habitat indigne et de recenser les logements indignes et non décents. Il permet aussi de produire des éléments statistiques afin d'évaluer les politiques de lutte contre l'habitat indigne et d'en optimiser l'efficacité.

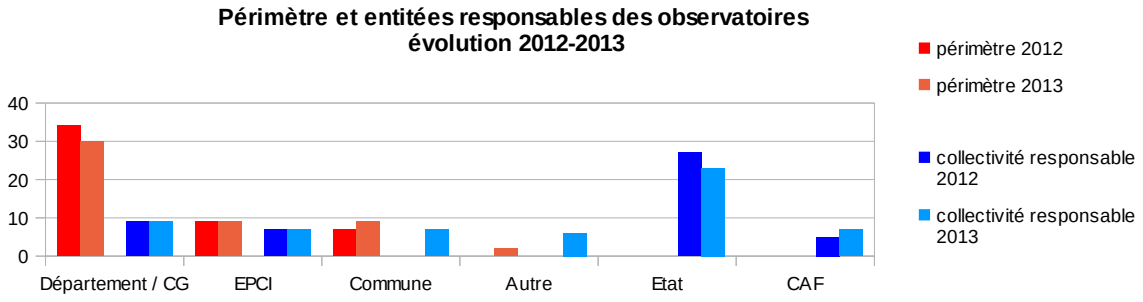
Cet outil d'observation doit fédérer les actions des acteurs de la lutte contre l'habitat indigne et dynamiser l'animation des politiques publiques en charge de la lutte contre l'habitat indigne. ORTHI permet d'éclairer les décisions arrêtées dans le cadre du PDALPD.

Les observatoires recensés localement centralisent des adresses ayant fait l'objet de signalement et/ou de procédures incitatives ou coercitives. ORTHI a vocation à remplacer ces divers observatoires.

Les réponses à l'enquête 2013 montrent que l'outil ORTHI (suivi des arrêtés) et les outils de gestion des procédures (@riane ou Procédure Habitat Indigne PHI) sont encore peu utilisés. 35 % des départements utilisent les outils de gestion de procédure @riane ou PHI pour gérer les dossiers d'habitat insalubre ou de saturnisme et 20 % des départements utilisent ORTHI pour suivre soit les arrêtés préfectoraux, soit les arrêtés communaux.

Un observatoire est souvent plus qu'un outil statistique et contient des éléments qualitatifs. C'est avant tout un outil opérationnel chargé d'optimiser l'efficacité des services.

3-2-1 Les observatoires dédiés de l'habitat indigne autres que ORTHI



L'activité d'observation de l'habitat indigne (hors ORTHI) reste en 2013 sensiblement identique à 2012 avec un périmètre en majorité départemental et généralement sous la responsabilité des services de l'État. Les observatoires à l'échelle des communes et sous la responsabilité de cette dernière sont plus visibles car une question spécifique a été prévue dans l'enquête pour 2013.

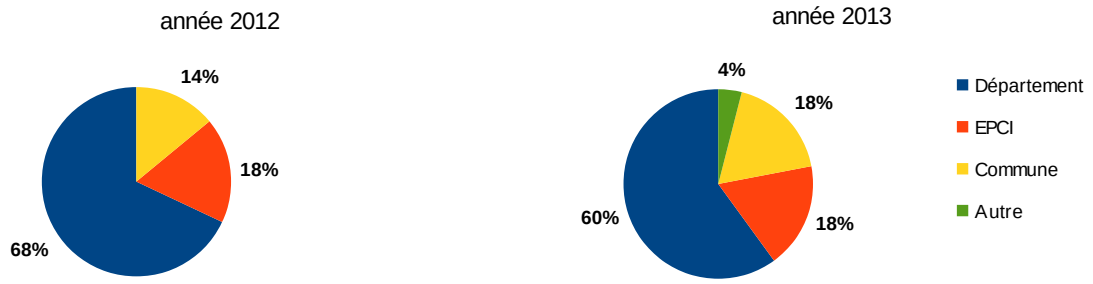
61 observatoires de l'habitat indigne autres que ORTHI sont recensés (60 en 2012) dans 37 départements (39 en 2012), dont un tiers sous la responsabilité de l'État. Deux tiers de ces observatoires recouvrent un périmètre départemental (gérés également par les Conseils Généraux, les CAF et d'autres organismes).

La Loire recense la présence de 8 observatoires, les Côtes d'Armor et la Réunion 5 et l'Essonne 4, dont le cas présenté en 2012 d'une copropriété (Grigny II) pour laquelle a été mis en place un observatoire spécifique (cf. actes de la journée d'échanges du PNLHI/DIHAL du 20 septembre 2012- CALPE / Savigny-sur-Orge http://extranet.pnlhi.developpement-durable.gouv.fr/journee-du-20-septembre-2012-calpe-juvisy-sur-orge-a60.html).

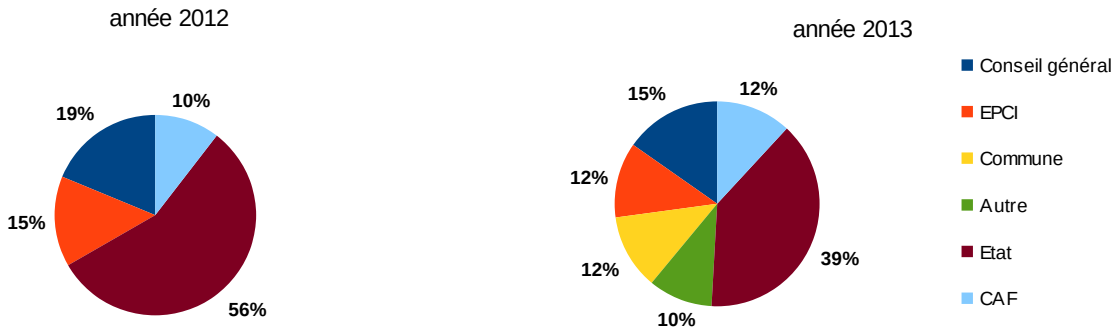
Les 33 autres départements disposent d'un ou deux observatoires à l'échelle du département et/ou d'un EPCI.

ORTHI qui représentait les trois-quarts des projets d'observatoires en 2012 a vocation à remplacer ces observatoires conçus précédemment.

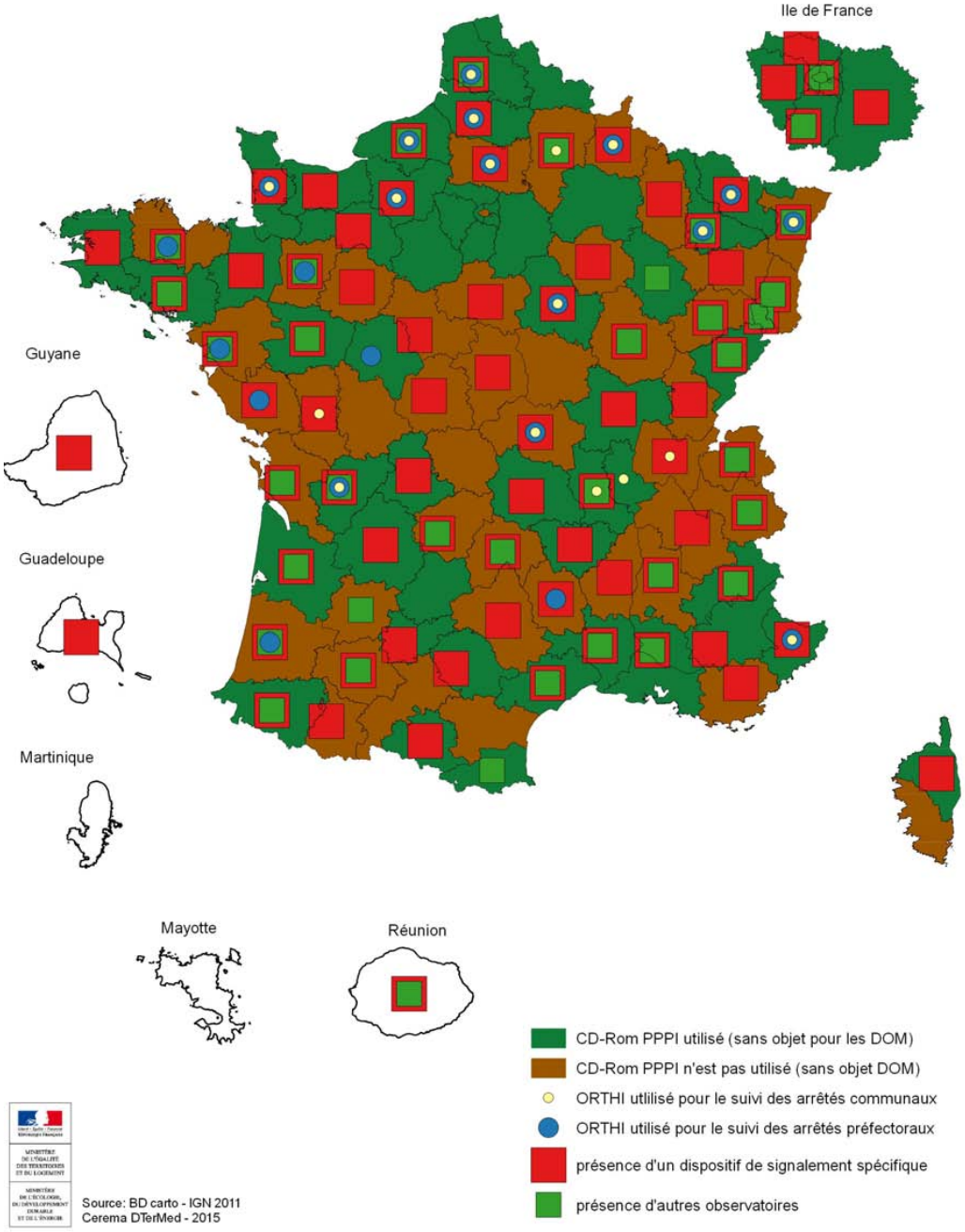
Périmètre des observatoires autres que ORTHI



Responsables des observatoires autres qu'ORTHI



Utilisation du CD-Rom PPPI, d'ORTHI et d'autres dispositifs d'observation – 2013



3-2-2 Utilisation d'ORTHI et incidence de la présence d'autres observatoires

Après une première phase de test, l'année 2013 marque le début de la phase de déploiement d'ORTHI sur l'ensemble du territoire national. L'enquête identifie 20 % des départements utilisateurs d'ORTHI pour suivre soit les arrêtés préfectoraux, soit les arrêtés communaux, soit les deux.

47 départements n'utilisent pas encore ORTHI en 2013 pour réaliser le suivi des arrêtés préfectoraux ou communaux et ne disposent pourtant d'aucun d'observatoire traitant de l'habitat indigne.

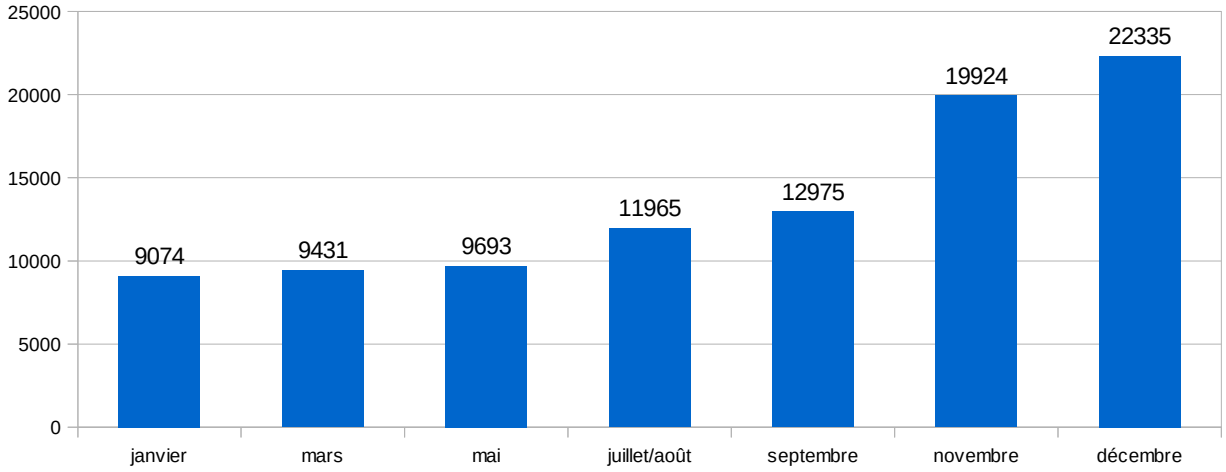
Pour 26 autres départements qui ne réalisent pas le suivi des arrêtés avec ORTHI, la présence d'observatoires antérieurs au déploiement d'ORTHI peut expliquer qu'ils aient continué à les utiliser en 2013 au lieu d'ORTHI.

Enfin, 11 départements ont mobilisé ORTHI en 2013 pour le suivi des arrêtés préfectoraux ou communaux ou les deux pour cinq d'entre eux (Bas-Rhin, Charente, Pas-de-Calais, Meurthe-et-Moselle et Seine-Maritime) en présence d'autres observatoires sur le département.

3-2-3 Point sur le déploiement et la progression d'ORTHI en 2014[2]

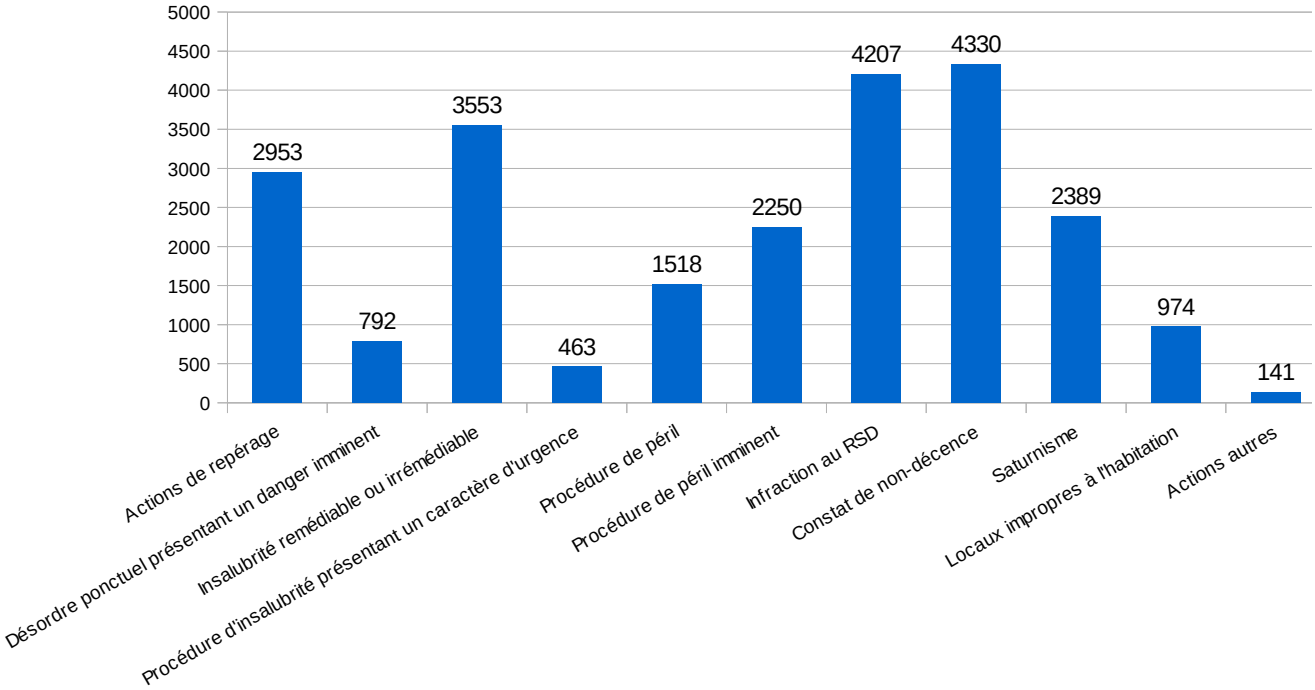
Les données actualisées au 31 décembre 2014 confirment l'accélération de l'utilisation d'ORTHI tant en volume de situations saisies et qu'en nombre de consultations ou d'utilisateurs.

Le déploiement en cours : nombre de dossiers en 2014



[2] Ces données ne sont pas issues de l'enquête EHI 2013. Source DHUP.

Le déploiement en cours : nombre de dossiers par type d'action au 31 décembre 2014



Types d'utilisateurs d'ORTHI :

Nombre d'administrateurs départementaux :	83
Nombre d'utilisateurs :	542
Nombre de dossiers :	22 335
Départements avec plus de 4 services :	21 départements
Nombre d'utilisateurs des collectivités :	184
Nombre d'utilisateurs de CAF :	47
Nombre d'utilisateurs MSA :	9
Nombre de DAT ARS :	76

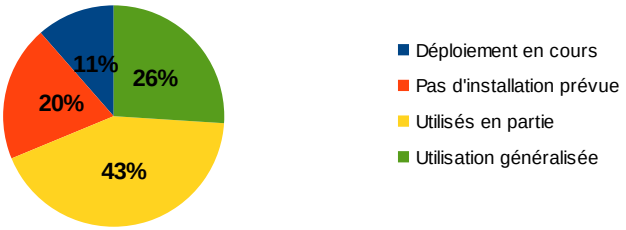
Le déploiement opérationnel d'ORTHI se poursuit avec une mobilisation importante des services accompagnés par la mise en place de formations et la mise à disposition des services de vacations pour permettre la saisie du stock d'arrêtés (notamment en collectivités et SCHS).

3-2-4 Utilisation des applications métier comme outils de gestion (@riane et PHI)

La lutte contre l'habitat indigne est fragilisée lorsque des vices de procédure peuvent être soulevés par les personnes visées par ces procédures. Une gestion rigoureuse des dossiers d'habitats insalubres et de saturnisme est fiabilisée par l'utilisation des applications métier dédiées à la gestion des procédures mises à la disposition des services par la direction générale de la santé.

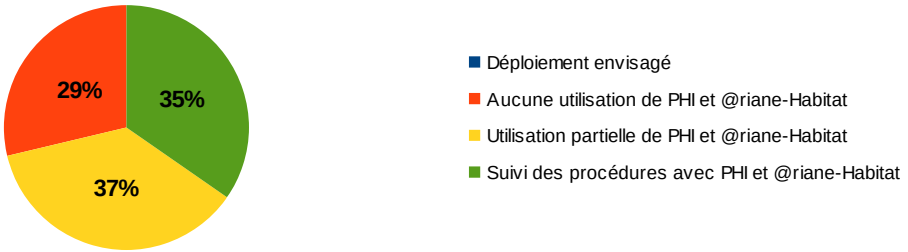
Les agences régionales de santé et leurs délégations territoriales (échelon départemental) disposent ainsi d'un outil de suivi des procédures du code de la santé publique (PHI « Procédure Habitat Indigne » en région Île-de-France, @riane-Habitat sur le reste du territoire).
Les ARS saisissent également dans @riane-Habitat (ou jusqu'en 2013 dans Saturnins pour certains départements) les informations relatives aux CREP dont elles sont destinataires quand ceux-ci révèlent un risque de saturnisme infantile ou de dégradation du bâti (cf. arrêté du 19 août 2011).

Implantation des logiciels PHI et @riane-Habitat en 2012



Les évolutions entre 2012 et 2013 portent sur la généralisation de l'utilisation de ces logiciels qui correspond à la fin du déploiement en cours en 2012 (soit 35 départements utilisateurs pour 24 en 2012).

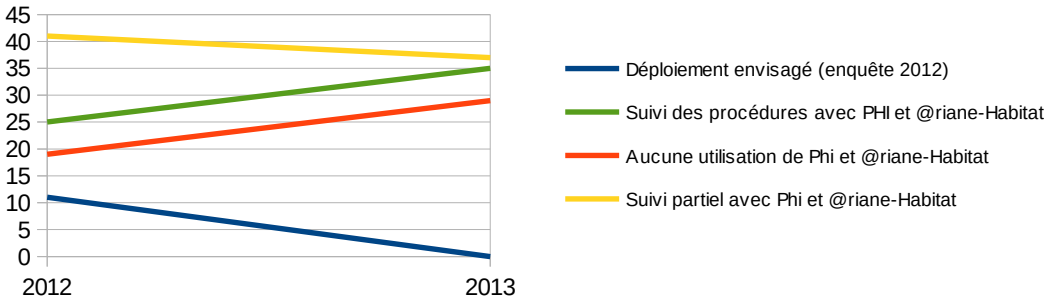
Utilisation des logiciels PHI et @riane-Habitat pour la gestion des dossiers HI et saturnisme en 2013



En 2013, 72 départements réalisent, au moins en partie, le suivi des procédures avec ces logiciels (66 en 2012). Le nombre de départements qui ne font aucun usage de ces logiciels s'élève en 2013 à 29, contre 19 en 2012. 35 départements les utilisent pour le suivi de leurs procédures HI en saturnisme (25 en 2012). Seuls 29 % des départements n'utilisent pas les logiciels PHI et @riane-Habitat.

Suivi des procédures avec PHI et @riane-Habitat

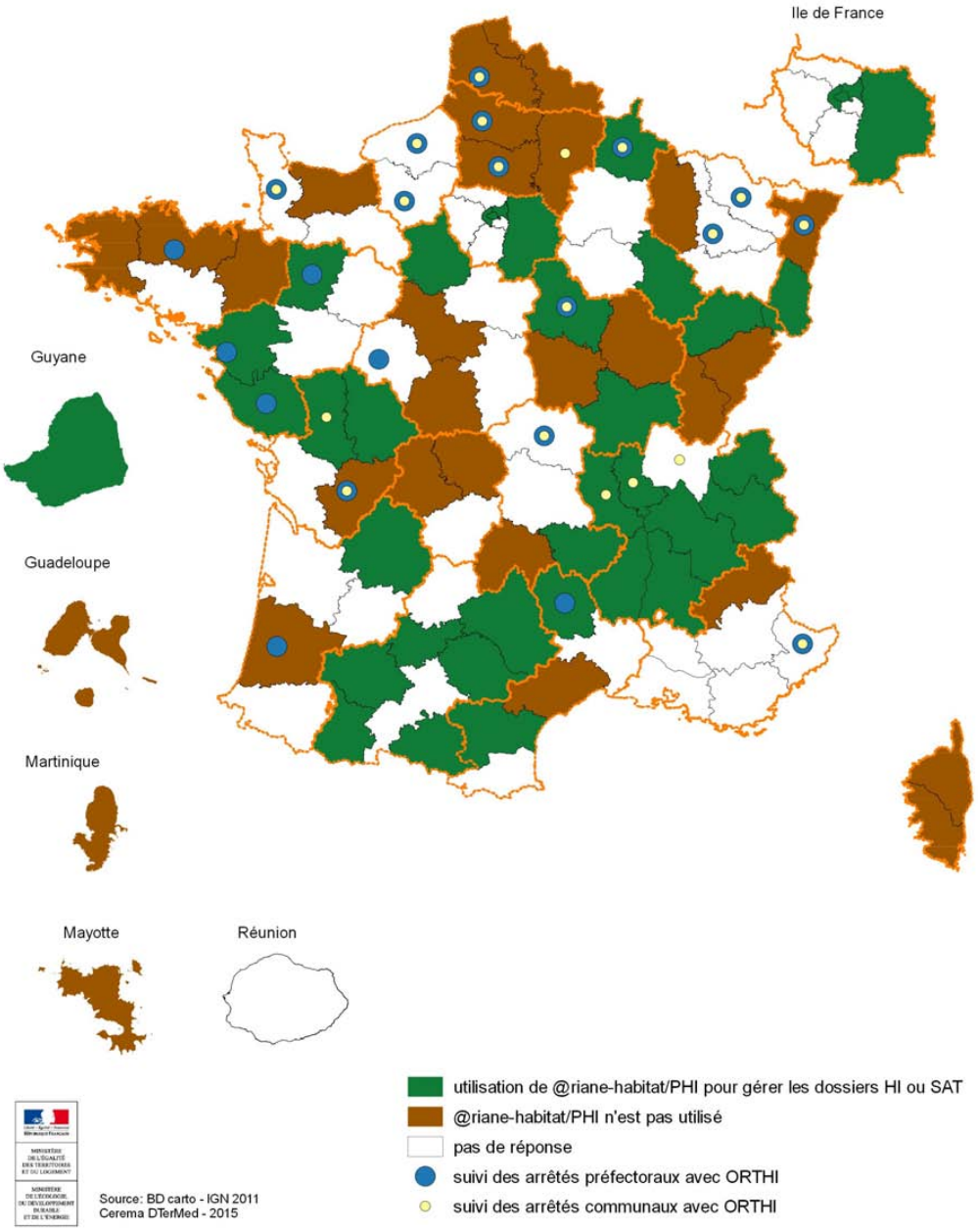
évolution 2012-2013



Comme sur l'exercice précédent, les situations évoquées sont diverses mais avec une constante concernant les difficultés d'édition des courriers qui conduisent toujours certains services à n'utiliser que partiellement @riane-Habitat.

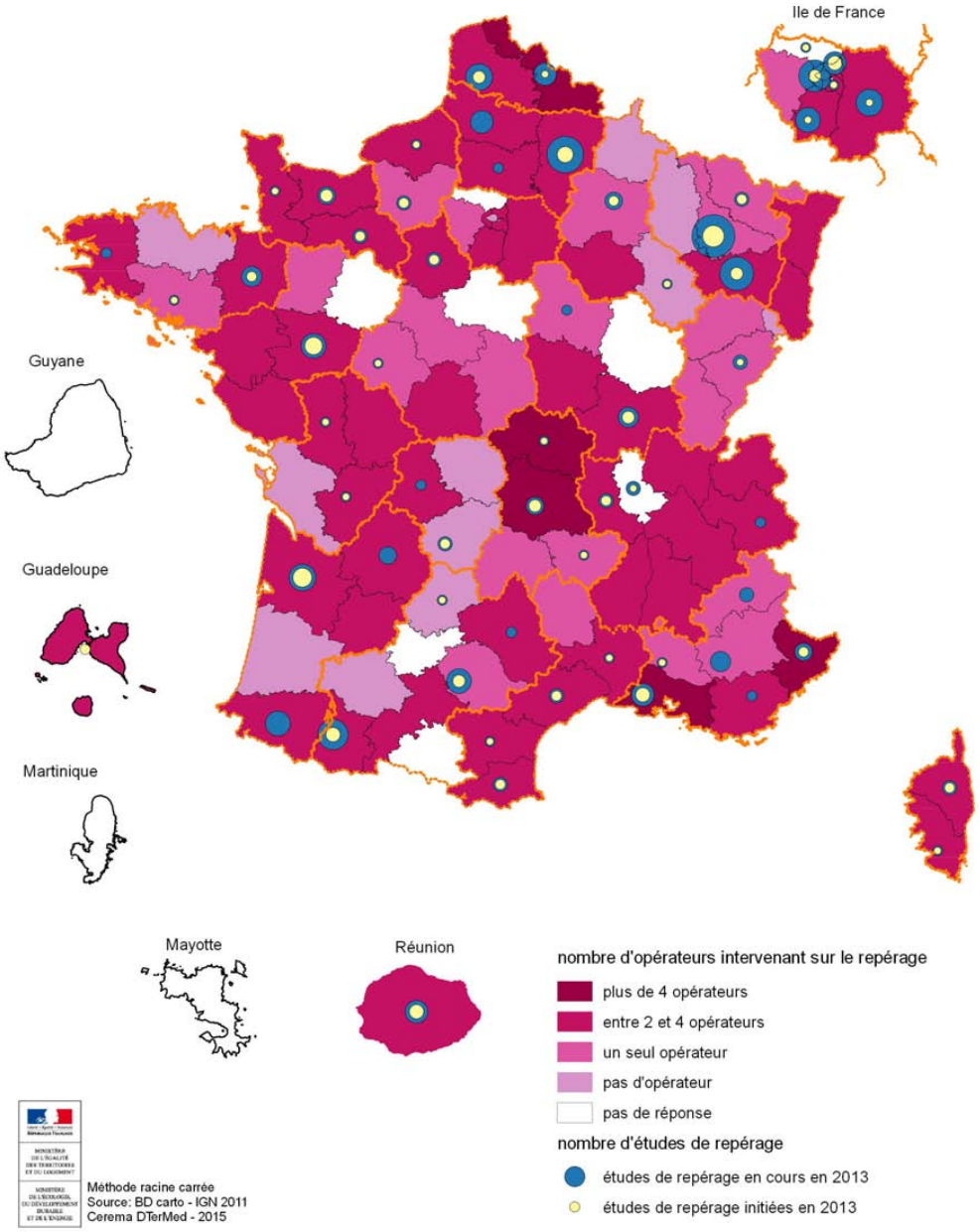
2013 devrait correspondre à la fin de la bascule vers @riane-Habitat depuis le logiciel précédent (Saturnins). Le déploiement d'@riane-Habitat est parfois suivi par l'ARS siège par souci d'homogénéisation sur l'ensemble des départements (pour le suivi du saturnisme en PACA par exemple).
Pour autant, le niveau départemental ne s'approprie pas nécessairement l'outil pour gérer l'ensemble des procédures (les commentaires portent sur le peu de dossiers à traiter, l'outil n'est pas utilisé par les partenaires qui disposent d'autres outils (SCHS), l'outil est simplement renseigné mais n'est pas utilisé pour gérer les procédures, les extractions ne sont pas utilisables, le temps de saisie jugé trop important, les formations reçues trop anciennes, etc.).

Utilisation d'ORTHI et des outils de gestion des procédures



3-3 Les études de repérage

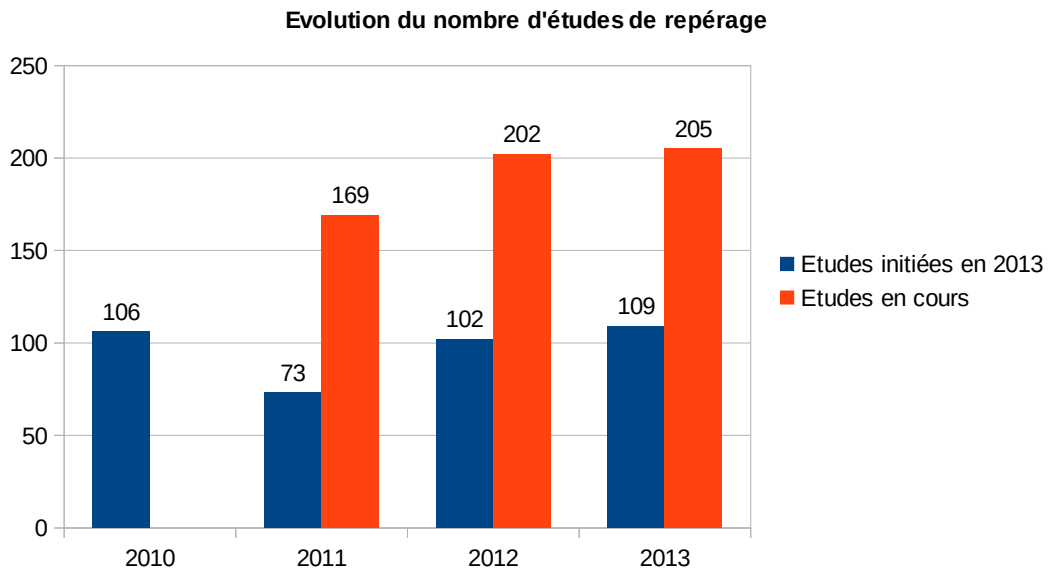
Présence d'opérateurs et nombre d'études de repérage – 2013

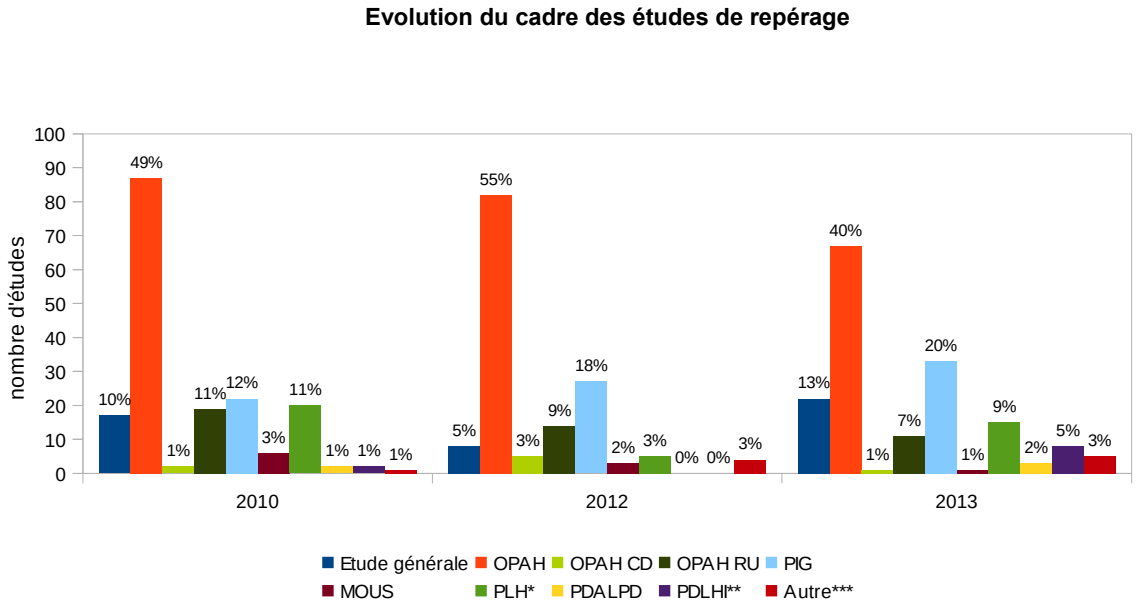


3-3-1 La typologie des études de repérage

Le nombre d'études de repérage de l'habitat indigne reste stable en 2013 avec 205 études en cours dont 109 ont été initiées dans l'année. Ces études sont conduites dans 60 départements (56 en 2011, 61 en 2012) et ont été initiées en 2013 dans 48 départements (39 en 2011, 51 en 2012).

À noter que trois départements mentionnent plus de 10 études de repérage en cours : l'Aisne (13 études), la Meurthe-et-Moselle (18 études) et les Vosges (11 études).





* PLH, PDH et PLUIH (volet HI)
** PDLHI et PCLHI à la Réunion (plan communal de lutte contre l'habitat indigne)
*** Autre : comprend des études dans le cadre de PNR, de PNRQAD, de RHI ou THIRORI et un PLS (plan de sauvegarde)

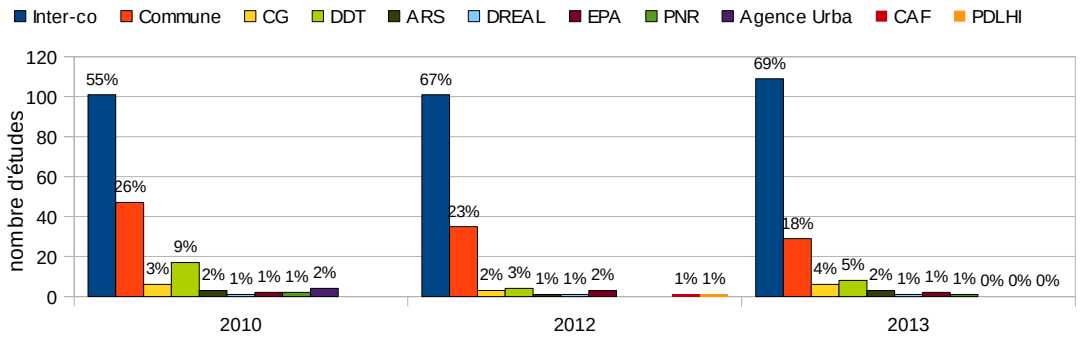
Les dispositifs à l'origine des études de repérage

205 études de repérage sont recensées par les services en 2013, dont 166 études décrites dans l'enquête.

L'enquête montre que les études de repérage de l'habitat indigne réalisées dans le cadre d'études pré-opérationnelles d'opérations programmées d'amélioration de l'habitat (OPAH) (48%) et de programmes d'intérêt général (PIG) (20%) restent majoritaires, bien que globalement en diminution. Les études de territoire menées pour l'établissement de documents de programmation (programme local ou plan départemental de l'habitat, PDALPD) reviennent au niveau de 2010.

Sachant que l'opportunité d'une intervention dépend de la qualité du repérage, devant la complexité de cette procédure et afin d'apporter un support méthodologique, la DIHAL et la DHUP ont édité un guide de repérage LHI pour assister les acteurs de la LHI.

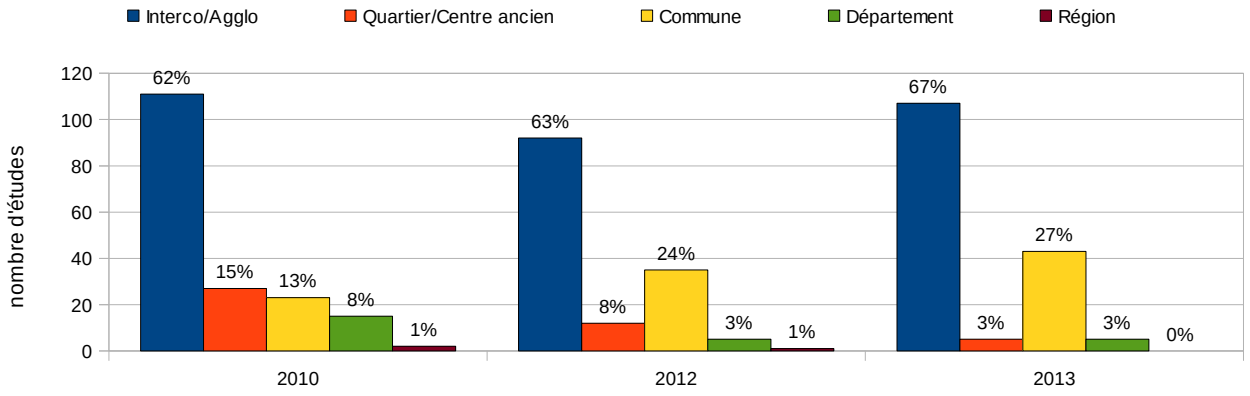
Maîtrise d'ouvrage des études de repérage



Le cadre qui prévaut à la réalisation de ces études de repérage (OPAH, PIG) conduit logiquement à constater que leur maîtrise d'ouvrage reste la collectivité qui envisage l'opération programmée ou le PIG. La prise en charge de ces études par l'intercommunalité se renforce, en substitution des communes, alors que le territoire d'étude retenu continue à évoluer pour se calquer sur le périmètre de l'intercommunalité ou de la commune alors que les études ciblées sur un quartier ou un centre ancien sont encore en forte diminution.

Aucune étude d'échelle régionale n'est mentionnée en 2013.

Territoire des études de repérage - évolution 2010 à 2013 : une analyse intercommunale de la LHI



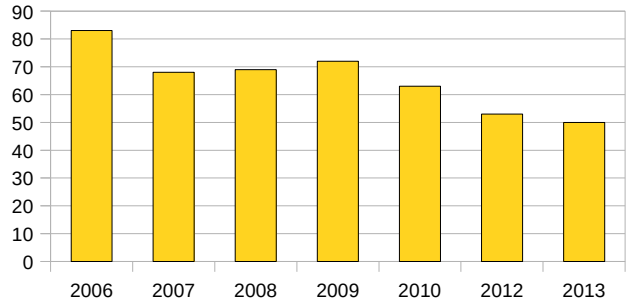
Les éléments transmis par les services mettent en lumière l'évolution du territoire d'étude, les périmètres resserrés au quartier ou centre ancien sont élargis au profit de périmètres à l'échelle de l'EPCI ou de la commune. Les études de repérage réalisées à l'échelle du département sont aujourd'hui marginales et conduites à l'initiative des conseils généraux, DREAL ou ARS dans le cadre du PDALPD ou d'études générales (notamment à l'initiative des PDLHI). Cet élargissement du périmètre d'étude est favorisé par l'intégration plus systématique de la LHI dans les PLH.

3-3-2 Les sources de repérage identifiées par les services

Le repérage du « Parc Privé Potentiellement Indigne » (PPPI) peut être initié à partir des données sur l'habitat disponibles dans les services de chaque département. Ce pré-repérage permet de localiser des périmètres où l'habitat indigne devra être recherché de façon prioritaire, par des études « terrain ».

Les données statistiques généralement utilisées sont des données fiscales brutes (Filocom, Majic), ou des données traitées par le ministère (CD Rom PPPI et fichier foncier).

Utilisation du CD PPPI dans les études de repérage



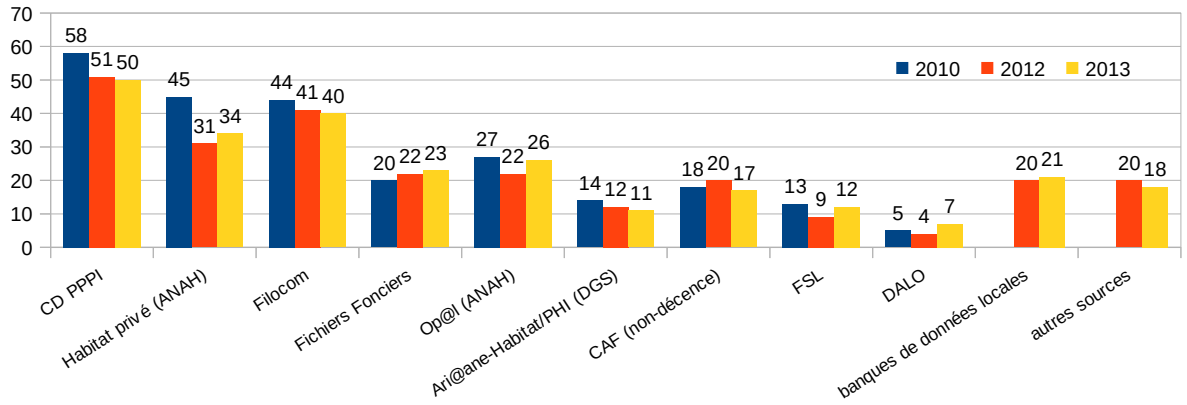
La diffusion des données actualisées du PPPI en 2013 (sur la base du FILOCOM 2011) aurait dû conduire à la généralisation de leur utilisation dans les études de repérage. Cela n'a pas été le cas, le CD PPPI reste utilisé comme source de repérage dans un département sur deux.

La parution de cette mise à jour a probablement conduit les services (DDT, DREAL) à éditer leurs nouvelles cartographies de la LHI mais les collectivités locales (maître d'ouvrage de plus de 90% des études de repérage) n'en ont pas pour autant pris possession dans le cadre de leurs études de repérage.

Les données de l'ANAH (CD Rom PPPI, CD habitat privé ou intranet, données de la base opérationnelle Op@l) et l'analyse des dossiers traités en PDLHI contribuent à la connaissance du territoire par les services et leur permet de réaliser en régie des études de territoire dans le cadre des « porter à connaissance » pour les PLH et les opérations programmées (Haute-Savoie). Ce « dire » de l'État dans les documents de planification peut s'accompagner d'actions de sensibilisation des collectivités locales à la lutte contre l'habitat indigne (Gard) en direction des techniciens et/ou des élus.

Pour chaque source de donnée identifiée, est indiqué le nombre de départements utilisateurs dans les études de repérage de l'habitat indigne.

Sources de données mobilisées dans les études de repérage (évolution 2010-2013)
(en nombre de départements utilisant la source)



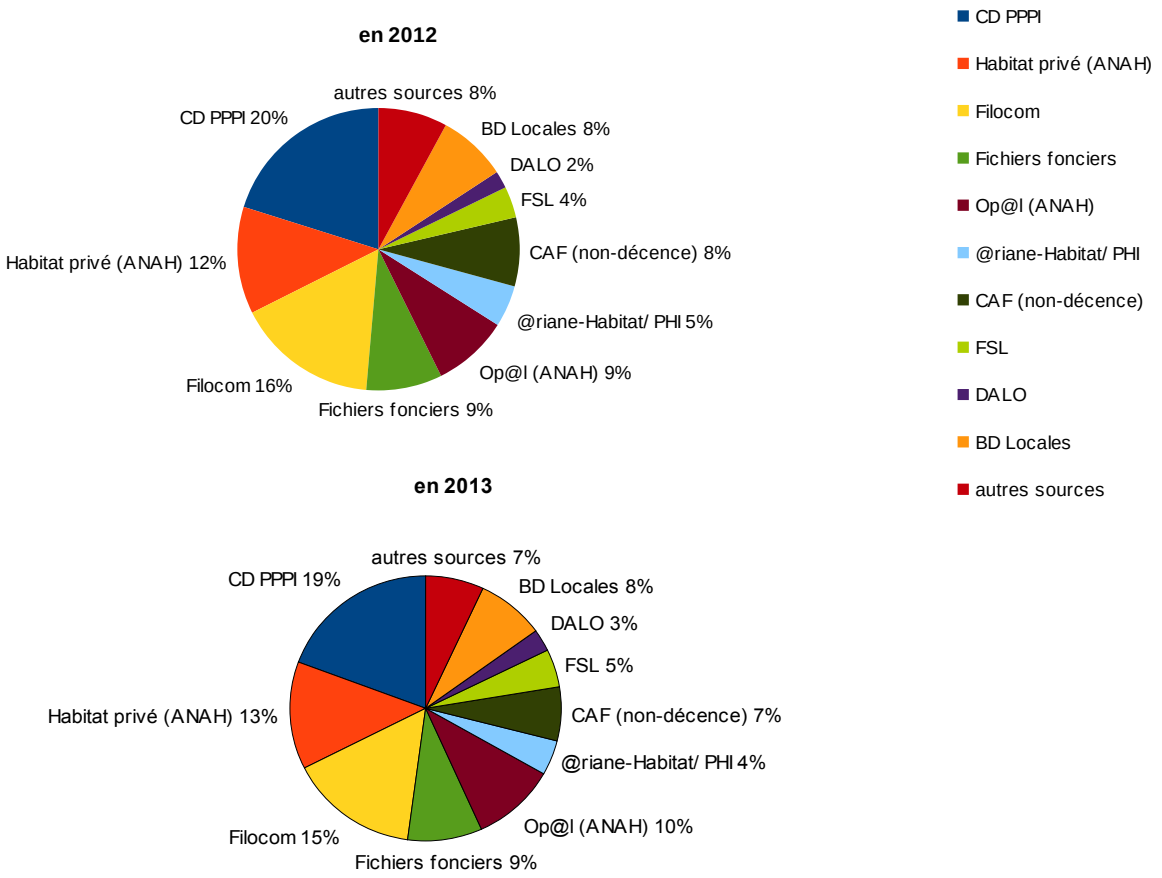
Les autres sources de données mentionnées dans l'enquête sont des données opérationnelles ou statistiques et des entretiens d'acteurs.

- Pour les données opérationnelles, l'enquête fait apparaître à la fois des fichiers de suivi des procédures de l'ARS, les données INSEE (Lot), l'outil statistique de repérage des copropriétés dégradées, la base Ecoloweb[3] (le parc public en Ille-et-Vilaine), les données centralisées au PDLHI et toutes les données collectées par les collectivités (maires, SCHS). Un département (Gard) continue la géolocalisation des signalements initiée en 2010 (ORTHI facilite cette géolocalisation à l'aide des coordonnées Lambert présentes dans la base pour chaque situation enregistrée).

- Les entretiens avec les acteurs restent une source d'information incontournable lors du repérage actif. Le lien privilégié des élus de terrain (maire, élus) avec leur territoire et ses habitants les place au premier rang des acteurs à rencontrer en lien avec leurs services (SCHS, CCAS).

[3] Ecoloweb est une base de données nationale destinée à l'enregistrement et au suivi des conventions des logements, publics ou privés, ouvrant droit à l'aide personnalisée au logement (APL).

Poids des différentes sources de données mobilisées dans les études de repérage en 2012 et 2013



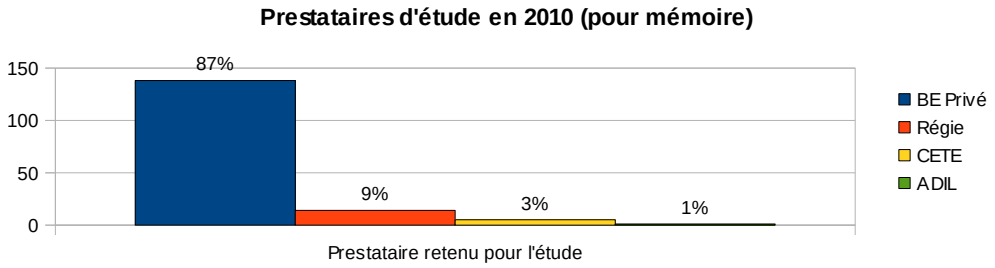
La ventilation des sources de données utilisées par les services est stable, mais on peut noter que si le déploiement d'ORTHI, qui était en cours sur l'exercice 2013 et n'avait donc pas encore d'incidence sur la pratique des services pour le repérage, les fonctionnalités des bases opérationnelles mentionnées par les services sont désormais disponibles dans ORTHI qui a vocation à centraliser les informations (signalements PDLHI, suivi ARS des procédures).

3-3-3 Les suites opérationnelles des études de repérage

Dans 12 départements, aucune étude de repérage n'a abouti en 2013. Dans les autres départements, elles conduisent majoritairement à la mise en œuvre d'un dispositif opérationnel : 47 OPAH ou PIG, 9 OPAH -RU, 2 OPAH CD et 3 candidatures programmes opérationnels de prévention et d'accompagnement en copropriété (POPAC), 1 opération de traitement de l'habitat insalubre remédiable / opération de restauration immobilière (THIRORI), 1 opération de restauration immobilière (ORI). Ces études permettent également de valider le volet LHI des PLH (2 rendus exécutoires en 2013), de définir un plan d'action départemental et, pour les DDT, d'alimenter le « dire » de l'État (documents de programmation) ou simplement de prioriser les actions de sensibilisation en direction des collectivités locales.

Le département des Deux-Sèvres mentionne une étude de repérage conduite par l'ARS qui a donné lieu à l'instruction immédiate de procédures pour des situations découvertes lors de l'étude, en mobilisant à la fois les financements de l'ANAH et le volet coercitif (arrêté de péril et arrêté d'insalubrité).

3-4 Opérateurs d'études



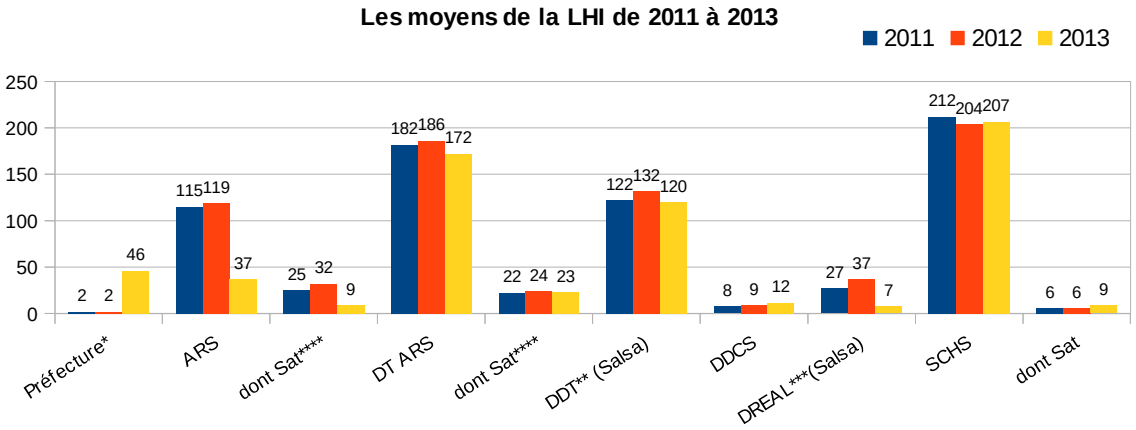
Pour l'exercice 2013, 12 départements (18 en 2012) indiquent qu'aucun opérateur ne mène d'étude de repérage alors que 202 opérateurs actifs sont identifiés (147 en 2012) sur les 79 autres départements ayant répondu à cette question (61 en 2012).

Pour 21 départements (17 en 2012), un seul opérateur est missionné sur des études de repérage en cours en 2013 et deux opérateurs dans 21 départements (19 en 2012). 37 départements (25 en 2012) ont au moins 3 opérateurs actifs. Avec 8 opérateurs mobilisés sur des études de repérage en 2013, le département des Bouches-du-Rhône est celui qui en mobilise le plus grand nombre. La Seine-Saint-Denis en mobilisait 7 en 2012 (4 en 2013).

4 – Les moyens humains et financiers

4-1 Les personnels

En France métropolitaine, l'effectif global mobilisé sur la LHI tel qu'il ressort de l'enquête atteint 600 équivalents temps plein (ETP) en 2013 – hors direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement (DRIHL) d'Île-de-France et certaines DREAL et DDCS qui n'ont pas répondu (respectivement 35 % des DREAL et 27 % des DDCS) – en baisse par rapport aux exercices précédents (667 ETP en 2011 et 689 ETP en 2012).

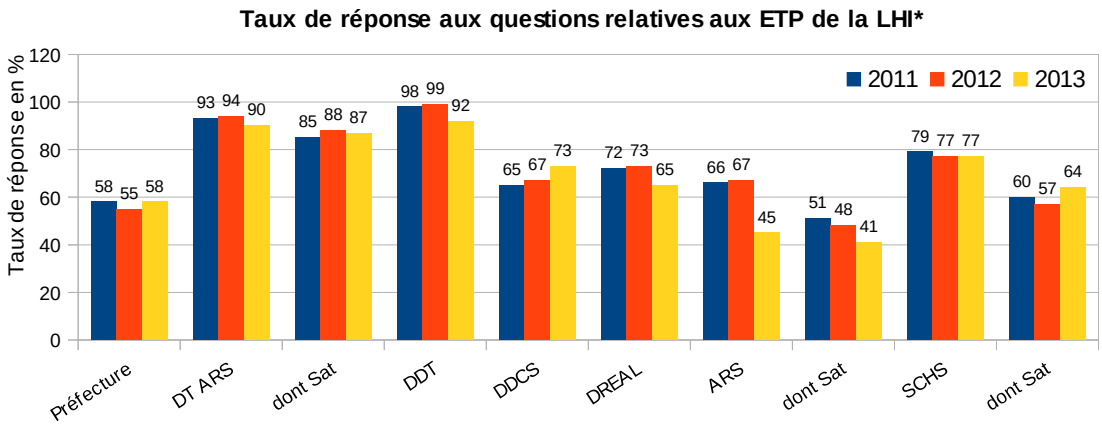


* Cet histogramme ne prend pas en compte les moyens de la préfecture de Paris qui dispose de prérogatives spécifiques en matière de LHI (39 ETP en 2011 à la préfecture de Paris et 42 en 2012).
** et *** l'enquête EHI 2013 utilise les données issues de Salsa pour les DDT, DDCS et DREAL. Ces « ETPT extrapolés annuels » sont la somme extrapolée sur 12 mois du nombre d'équivalents temps plein travaillé saisis et validés par les services par apport au nombre de mois travaillés. Cela conduit à ne prendre en compte que l'activité des postes pourvus (postes occupés) et ne sont disponibles que les données saisies (les données fournies par les DDCS et à la DRHIL ne sont pas renseignées).
**** moyens dédiés au saturnisme.

Le taux de réponse sur les effectifs est de 80 % au niveau départemental et 70 % au niveau régional (moins d'une réponse sur deux pour les ARS). L'information relative aux effectifs des SCHS est transmise par les départements concernés, mais elle peut être partielle car ils ne disposent pas toujours des données pour l'ensemble des SCHS de leur département.

Pour 2013, avec 350 ETP recensés pour les services départementaux, 44 pour l 'échelon régional et 207 dans les SCHS, la répartition des effectifs serait de 58 % dans les services départementaux (État et agences), 35 % en SCHS, et 7 % pour l'échelon régional.

En 2012, les données collectées dans l'enquête conduisaient à une répartition des effectifs de 47 % dans les services départementaux, 30 % en SCHS et 23 % à l'échelon régional.



* l'enquête EHI 2013 utilise les données issues de Salsa pour les DDT, DDCS et DREAL

Le renouvellement des correspondants habitat indigne dans les services :

83 personnes chargées de renseigner l'enquête en 2012 n'apparaissent plus en 2013, remplacées par 78 nouveaux interlocuteurs (les préfectures ne renouvelant pas toutes les personnes parties avec 17 départs et 9 arrivées). Ce changement affecte 28 % des personnes mobilisées pour renseigner l'enquête.

Le renouvellement représente 36 % des effectifs en DDT, 29 % dans les ARS et 18 % en Préfecture. Aucun des arrivants n'est correspondant « habitat indigne » alors que 50 % des partants étaient identifiés comme correspondants « habitat indigne » en 2012.

L'enquête est aujourd'hui renseignée à 53 % par des correspondants « habitat indigne » en ARS, 41 % en DDT et 3 % en Préfecture soit au total 99 correspondants « habitat indigne » identifiés sur les 296 interlocuteurs mentionnés par les services, soit un taux de 33 % de correspondants « habitat indigne ».

4-2 L'implication des services

4-2-1 L'action des caisses d'allocations familiales et de la mutualité sociale agricole

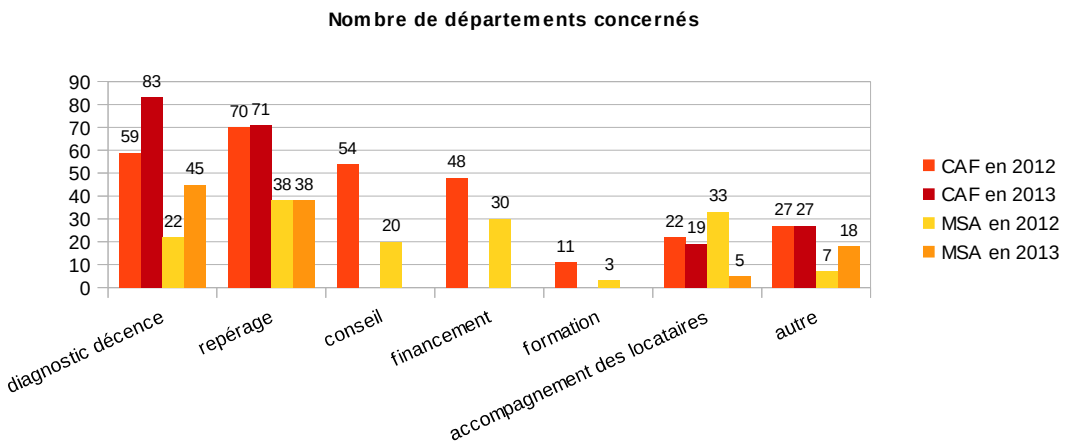
La lutte menée contre l'habitat indigne a permis d'identifier que les marchands de sommeil tiraient profit des allocations logement.

Outre les dispositions de l'article 77 de la loi ALUR qui vise à endiguer l'activité des marchands de sommeil en créant une peine complémentaire d'interdiction d'achat d'un bien immobilier à l'encontre des marchands de sommeil condamnés, le législateur a pris en compte l'enjeu lié aux allocations logement.

L'article 85 de la loi ALUR prévoit la possibilité de consignation de l'allocation logement, qui a été précisée par le décret relatif aux allocations logement publié au Journal Officiel du 20 février 2015.

Les moyens mobilisés par les partenaires (CAF et MSA)

Evolution des interventions des CAF et MSA dans la LHI sur la période 2012 - 2013



Le lien fort et actif entre les allocataires et les caisses à travers les nombreux échanges liés à l'attribution des prestations – contrôles, visites des travailleurs sociaux, mise à jour des droits, plaintes des locataires – place naturellement ces organismes au cœur de la LHI. Ce sont des partenaires reconnus qui apportent une forte plus-value, notamment dans le repérage et les observatoires. Des actions spécifiques des caisses sont mentionnées dans l'enquête (sondages, envoi de fiches d'auto-test) avec une orientation vers des structures adaptées lorsque nécessaire : ADIL, Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS), etc..

L'intervention financière est identifiée sous la forme de l'aide sociale à l'amélioration de l'habitat, d'aide au projet familial ou de prêt à taux 0 % (MSA) mais également sous la forme de participation à des dispositifs partagés (conseils généraux notamment) ou spécifiques qu'elle finance seule (convention avec un SCHS, une ADIL, participation à une MOUS, financement d'un opérateur social). L'accompagnement des locataires est identifié comme une mission des travailleurs sociaux des organismes, celui des bailleurs relève de l'aide apportée aux bailleurs en cas d'impayé de loyers.

Le volet intitulé « décence » est renforcé cette année. Ce domaine, qui relève réglementairement des organismes traitant des demandes d'allocation logement, est mentionné par 83 % des départements pour les CAF, 71 % pour les MSA. En revanche le volet « accompagnement des locataires » qui cible cette année précisément l'accompagnement « pour l'action en justice » s'effondre pour les MSA.

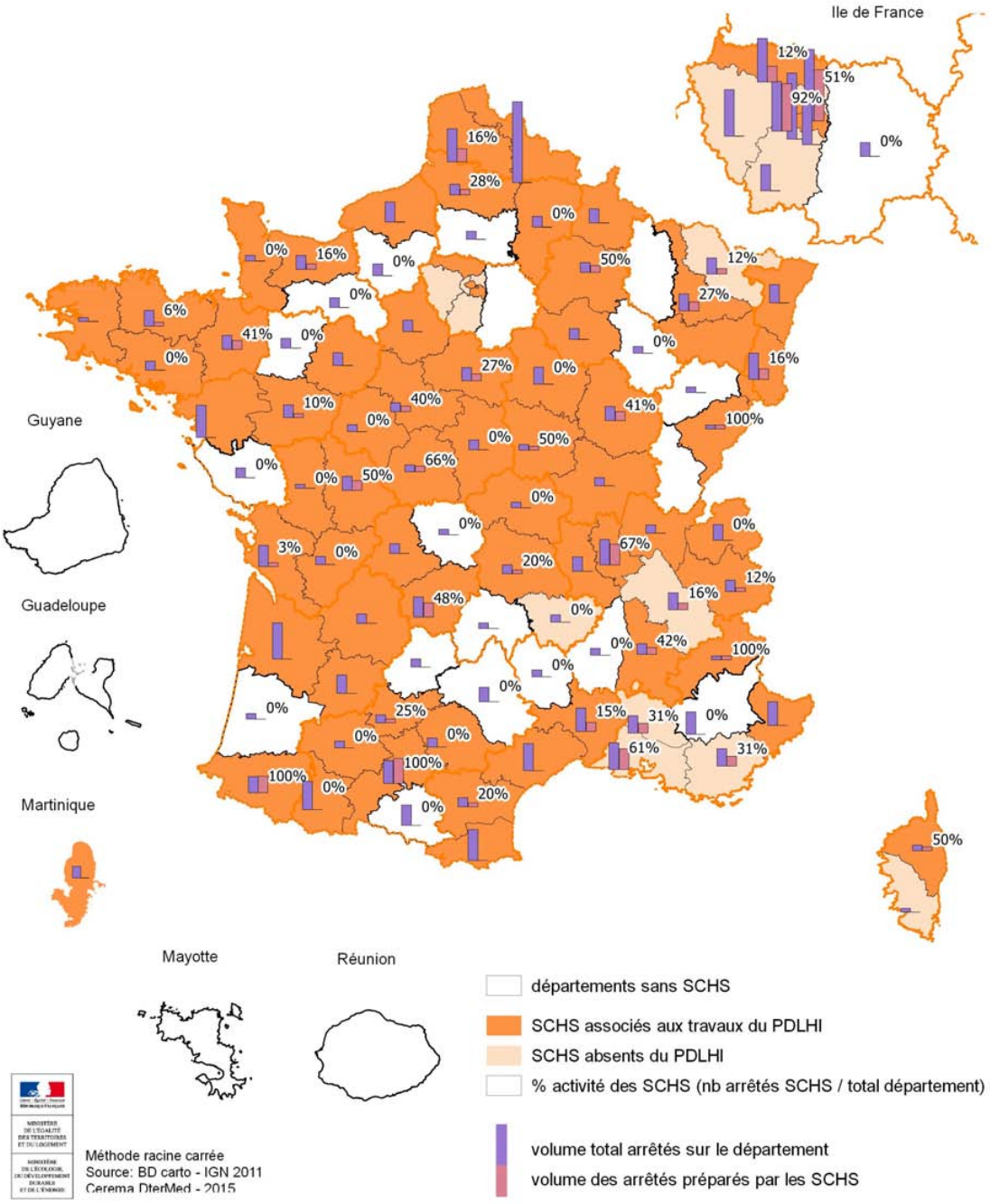
Les questions 2013 ne reprennent pas les volets du conseil, du financement (allocations d'amélioration de l'habitat, actions de réhabilitation accompagnée, co-financement PIG ou OPAH) et de la formation, qui sont abordés par les services dans la rubrique « autre ». Les domaines sur lesquels interviennent certaines CAF ou MSA relèvent aussi de la médiation entre locataire et bailleur lorsque l'état du logement nécessite la réalisation de travaux, de l'accompagnement de l'allocataire vers une solution de relogement, du pilotage (pilotage des commissions pour allocataires de logements dégradés, co-animation du pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne et non décent - PDLHIND - en Meurthe-et-Moselle).

Le partenariat avec les CAF et les MSA reste incontournable même si certains départements notent une implication très limitée des MSA sur leur territoire, voire un refus de collaborer au PDLHI dans la Nièvre. Le taux de réponse très élevé sur ces questions prouve que les relations partenariales avec ces deux acteurs restent cependant essentielles.

La mise en place généralisée des PDLHI et l'organisation en mode projet renforcée par le déploiement d'ORTHI depuis 2013 conduisent nécessairement à la consolidation du travail partenarial avec les caisses pour les exercices suivants.

4-2-2 L'action des services communaux d'hygiène et de santé

Activité des SCHS – 2013



Trois situations se dessinent sur l'exercice 2013 :

- les départements dans lesquels l'ensemble des SCHS (soit 117 SCHS) sont associés aux travaux du PDLHI : sont concernés 62 départements ;
- les départements dans lesquels seuls certains SCHS participent au travail partenarial du PDLHI : sont concernés 3 départements (Morbihan, Haute-Savoie et Val-de-Marne) où la moitié des 24 SCHS présents est mobilisée ;
- Les départements dans lesquels il n'existe aucune collaboration avec les SCHS dans le cadre du PDLHI : 4 départements, à savoir les Hauts-de-Seine (27 SCHS), la Corse-du sud (1 SCHS), les Yvelines (8 SCHS) et l'Essonne (1 SCHS), soit un total de 37 SCHS.

6 départements (31 SCHS) n'ont pas répondu à cette question : Bouches du Rhône (4 SCHS), Isère (5 SCHS), Moselle (1 SCHS), Var (4 SCHS), Vaucluse (1 SCHS) et Seine-Saint-Denis (16 SCHS).

S'ajoutent enfin 25 départements dans lesquels il n'existe pas de SCHS.

Cette répartition montre que le travail des PDLHI avec les SCHS est la pratique générale pour la majorité des départements concernés par la présence de SCHS (76%). L'ensemble des SCHS présents dans le département sont mobilisés au sein du PDLHI dans plus de 80% des cas.

Cependant, pour les 20 % restants, l'absence totale ou partielle d'implication des SCHS dans les PDLHI déclarée par certains départements fortement dotés en SCHS – Hauts-de-Seine (27 SCHS) et Val-de-Marne (8 absents sur 17) – ou l'absence de réponse – Seine-Saint-Denis (16 SCHS) notamment – conduit à une proportion importante de SCHS qui ne sont pas encore recensés au sein des dispositifs partenariaux de LHI (80 sur 208 soit 38 % des SCHS).

4-3 L'appui spécifique aux communes

La baisse du nombre de travaux d'office conduits sous maîtrise d'ouvrage communale en 2013 (voir paragraphe 5-2-1) pose la question de l'accompagnement des communes pour le choix et la mise en œuvre des polices de lutte contre l'habitat indigne, ainsi que du recours aux structures intercommunales pour la mise en commun des moyens et des savoirs-faire. En effet, il est nécessaire que les collectivités territoriales et leurs groupements puissent développer une expertise technique suffisante pour conduire les procédures en autonomie.

86 départements sur les 90 ayant répondu à cette question confirment que les PDLHI apportent un appui aux communes pour un choix adapté des polices LHI et/ou pour la mise en œuvre des polices LHI du maire.

La formulation appui « spécifique » n'est pas l'expression majoritairement retenue. Elle a même conduit trois départements à répondre par la négative ou à s'abstenir bien que des appuis ponctuels y aient été apportés aux communes en 2013.

L'action en direction des communes prend généralement la forme d'une assistance ponctuelle sur sollicitation d'un élu ou d'un service. Cette assistance concerne souvent le choix des procédures et la rédaction des actes à l'aide des fichiers types du PNLHI. Les services mobilisés sont les DDT (siège ou référents territoriaux), les PDLHI (orientation et suivi des situations), les opérateurs et dans certains cas par la DREAL ou l'ARS (notamment en direction des SCHS).

L'accompagnement est également réalisé à travers les actions de sensibilisation des élus et de formation des techniciens.

La loi ALUR a ouvert la possibilité de transférer la compétence des polices spéciales du maire à l'échelon intercommunal. Cette mutualisation des compétences permet d'organiser et de maintenir à cet échelon intercommunal une compétence technique suffisante pour le traitement autonome de ces situations avec un volume d'activité suffisant.

5 – Les procédures

L'habitat indigne peut être traité de manière incitative, via notamment des opérations programmées de l'habitat (OPAH), des programmes d'intérêts généraux (PIG), des programmes sociaux thématiques (PST), des opérations de Maîtrise d'œuvre urbaine et sociale (MOUS) ou par l'intermédiaire des plans de sauvegarde de copropriété. Des procédures d'aménagement peuvent également être utilisées telles que les opérations de restauration immobilières (ORI) et opérations de résorption de l'habitat insalubre irrémédiable ou dangereux (RHI).

Lorsque le volet incitatif ne fonctionne pas, il est de la responsabilité de la puissance publique de recourir à la prise de mesures de police.

5-1 Le volet incitatif et les subventions aux collectivités à la suite des travaux d'office[4]

Les mises en œuvre opérationnelles sous la forme d'opérations à caractère incitatif n'apparaissent pas dans l'enquête EHI auprès des services. Le bilan de ces mises en œuvre opérationnelles en ce qui concerne le traitement de l'habitat indigne s'apprécie notamment à travers la mobilisation des financements de l'ANAH.

Les chiffres clés de l'ANAH font apparaître la stabilité des aides accordées pour la réalisation de travaux dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne et très dégradé en 2013 à 132M€. Ce montant, qui représente 34 % des aides accordées par l'ANAH pour la réalisation de travaux, concerne 12 150 logements répartis en 2 348 logements « propriétaire occupant » (41,4M€), 3 899 logements « propriétaire bailleur » (73,1 M€), 5 833 logements subventionnés à travers le syndicat de copropriétaires (17,4 M€) et enfin 70 logements dans le cadre des subventions aux communes pour la réalisation des travaux d'office (0,2M€).

Le financement des collectivités réalisant des travaux d'office reste stable. 16 dossiers des collectivités correspondant à 70 logements ont été subventionnés dans ce cadre en 2013 contre 18 dossiers (65 logements) l'année précédente. L'aide moyenne par logement est de 10 873 euros. Elle s'élève à 2 975 euros lorsque les travaux sont réalisés par le syndicat des copropriétaires et à 2 538 euros lorsqu'il s'agit de travaux d'office réalisés par la commune.

À ces montants s'ajoutent les 12 millions d'euros affectés aux opérations de résorption de l'habitat insalubre (RHI).

5-1-1 Les opérations programmées de l'ANAH

La lutte contre l'habitat indigne a concerné 300 programmes, la maîtrise de l'énergie 305, le traitement des copropriétés dégradées 125 et l'adaptation du logement à la perte d'autonomie 264. Ces résultats sont comparables à ceux de l'année 2012.

Type de programme	Nombre de programmes	Nombre total de logements aidés	*Dont*		Montant des aides en M€	Nombre moyen de logements par opération en 2013
			nombre de logements indignes aidés	*nombre de logements très dégradés aidés*		
OPAH	239	8 832	*346*	*698*	58,62	37
OPAH-RR	49	1 555	*104*	*116*	10,91	32
OPAH-RU	109	3 518	*1 363*	*706*	31,98	32
PIG et PIG MOUS	303	19 012	*2 856*	*1 013*	118,72	63
OPAH copros et Plans de Sauvegarde	118	7 815	*2*	*7*	21,19	66
Total	818	40 732	*4 671*	*2 540*	241,42	50

[4] Source : rapport d'activité et statistiques ANAH 2013

De nombreuses opérations programmées de revitalisation rurale sont arrivées à terme en 2013. Le volume total de ce type d'interventions a donc subi une légère baisse. Le nombre d'opérations programmées de renouvellement urbain est resté quant à lui stable ce qui traduit une mobilisation des collectivités locales pour la rénovation des centres anciens.

Les logements subventionnés dans le cadre d'opérations programmées se situent majoritairement dans des territoires urbains confrontés à des problématiques de copropriétés fragiles voire dégradées (OPAH-copropriétés et Plans de sauvegarde), et à des pathologies de cœurs de ville où perdurent des situations d'habitat indigne.

Une meilleure dynamique des programmes dans les territoires en 2013 est à souligner par rapport à l'année précédente. En 2013, chaque OPAH a généré en moyenne plus de 30 logements (hors OPAH-copropriétés qui ont produit une moyenne de 66 logements par opération).

5-1-2 Les opérations de résorption de l'habitat insalubre irrémédiable et dangereux et de traitement de l'habitat insalubre remédiable ou dangereux ou sous opération de restauration immobilière

Depuis la publication du décret du 24 décembre 2009, l'ANAH assure le financement des opérations RHI (résorption de l'habitat insalubre irrémédiable et dangereux) et THIRORI (traitement de l'habitat insalubre remédiable ou dangereux ou sous opération de restauration immobilière). Avec 12 millions d'euros de subventions octroyés en 2013 contre 6,7 millions en 2012, la consommation et le nombre de dossiers traités ont fortement augmenté par rapport à 2012. L'enveloppe prévisionnelle de 2013 a été totalement engagée.

Nombre de réunions de la commission nationale de lutte contre l'habitat indigne (CNLHI)	Demandes de vérification d'éligibilité	Demandes de subventions d'études de calibrage	Demandes de subventions du relogement et de l'accession sociale	Demandes de subventions du déficit	Montant des subventions engagées en M€
3	31	20	12	18	12

L'enquête 2013 permet de compléter cette information relative à la mobilisation de ces outils fonciers de la LHI lorsque la situation comporte des problématiques particulières liées à la nature patrimoniale, à la situation géographique ou à la résistance de propriétaires indélicats.

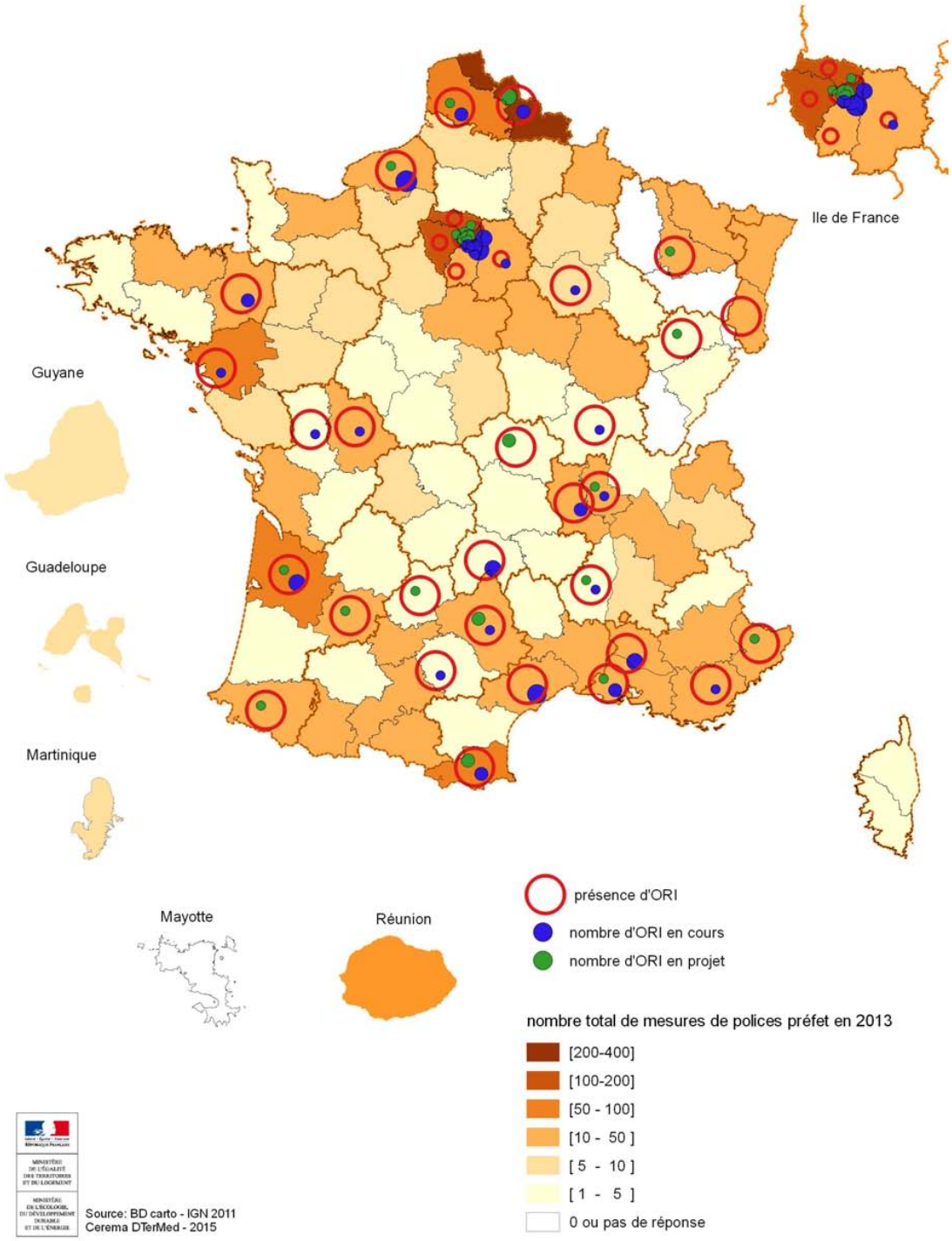
La carte suivante réalisée à partir des données de l'enquête EHI 2013 permet de croiser l'utilisation qui est faite de cet outil foncier de la LHI (opération de restauration immobilière (ORI) en cours ou en projet) avec l'activité menée au titre des polices du code de la santé publique (CSP) sur le territoire. Ces informations montrent que les ORI sont généralement présentes sur des territoires ayant déjà une activité LHI soutenue si l'on considère le nombre d'arrêtés préfectoraux recensés (Pas-de-Calais, Loire-Atlantique, Gironde ou Pyrénées-Orientales).

L'ORI apparaît donc comme un outil mobilisé en complément des procédures du code de la santé publique pour débloquer les points durs en agissant sur le volet foncier.

En 2013, sur les 34 départements ayant répondu « oui » à la question relative à la présence d'ORI (cercle rouge sur la carte), 9 n'en ont pas mentionné le nombre (ni ORI en cours, ni ORI en projet). Il est fait mention de 51 ORI en cours (43 en 2012) dans 25 départements (25 également en 2012) et 28 ORI en projet (22 en 2012).

Dans 14 départements sont présentes uniquement des ORI en cours (disque bleu), dans 11 départements coexistent à la fois des ORI en cours et en projet, enfin dans les 9 départements restants les ORI sont en projet (disque vert). Il s'agit des départements suivants : Allier, Alpes-Maritimes, Lot, Lot-et-Garonne, Meurthe-et-Moselle, Pyrénées-Atlantiques, Haut-Rhin, Haute-Saône et Val-de-Marne.

Les procédures du code de la santé publique et l'intervention sur le volet foncier (ORI)



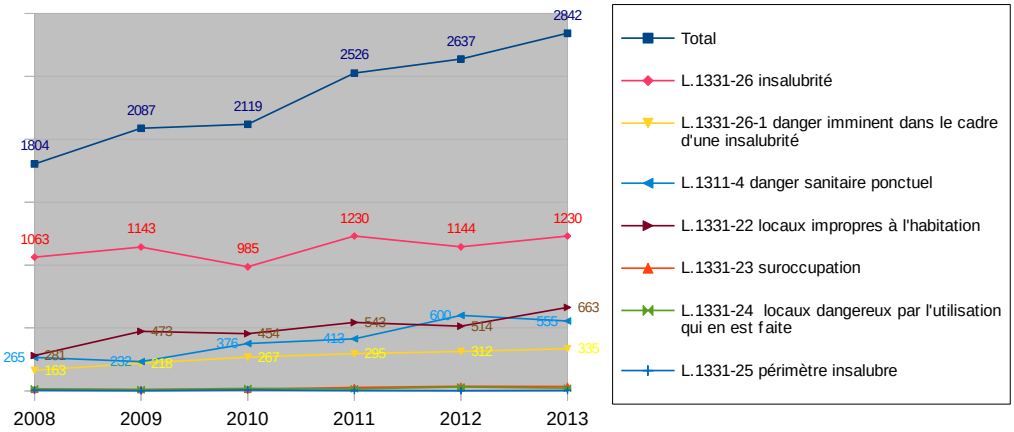
5-2 Le volet coercitif

5-2-1 Les procédures du code de la santé publique

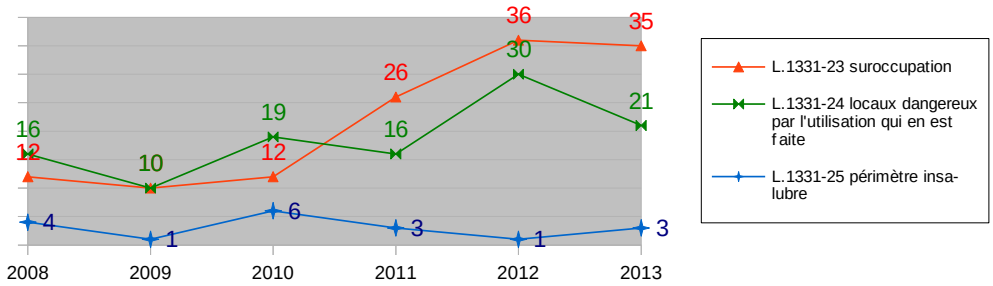
Lorsque le volet incitatif a échoué ou ne peut être mobilisé, la puissance publique doit mettre en œuvre des mesures coercitives. La progression de l'activité se poursuit et se traduit par une augmentation du nombre d'arrêtés préfectoraux ou de mises en demeures.

Il convient de noter en particulier la consolidation du nombre de procédures d'urgence engagées au titre du danger sanitaire ponctuel (art. L1311-4 du CSP), en baisse de 8 %, après la très forte progression (45%) observée sur l'exercice 2012.

Evolution du nombre d'arrêtés préfectoraux en fonction des procédures (2008-2013)



Zoom sur les procédures L.1331-23, L.1331-24 et L.1331-25



La proportion de visites d'insalubrité conduisant à des mesures d'urgence (procédure au titre du L.1331-26-1) est constante depuis 2010. Dans 27 % des cas il est nécessaire de traiter d'urgence un danger ponctuel imminent mis en évidence au cours d'une procédure d'insalubrité, avant de poursuivre la procédure prévue à l'article L. 1331-26 du CSP.

Répartition des arrêtés préfectoraux en fonction des procédures depuis 2010

	Année / Procédures	**2010**	**2011**	**2012**	**Nombre de logements**	**Nombre de personnes**	**2013**	**dont part SCHS**	**Nombre de logements**	**Nombre de personnes**
L1331-26	Insalubrité	985	1230	1144	2036	3561	1230	465 (38%)	2190	3354
dont	*Irrémédiables (iIR)*	*203*	*225*	*185*	*315*	*400*	*283*	*98 (35%)*	*516*	*617*
	Remédiables (iRE)	*782*	*1005*	*959*	*1721*	*3161*	*947 (51*)*	*367 (39%)*	*1674 (573*)*	*2737*
	dont iRE avec mise en demeure (délai dépassé)						*159*			
L1331-26-1	Danger imminent mis en évidence dans le rapport d'insalubrité	267	295	312	320	518	335	93 (28%)	487	639
L-1331-22	Locaux impropres à l'habitation par nature	454	543	514		749	663	346 (52%)	735	739
L-1331-23	Sur occupation des locaux	12	26	36		124	35	10 (29%)	35	116
L-1331-24	Locaux dangereux par l'utilisation qui en est faite	19	16	30	10	4	21	12 (57%)	62	24
L-1331-25	Périmètre insalubre	6	3	1	4	2	3	1 (33%)	30	50
L-1311-4	Traitement d'urgence du danger sanitaire ponctuel	376	413	600	507	805	555	155 (28%)	90	2318
Nombre total par année		**2119**	**2526**	**2637**	2877	5763	**2842**	1082 (38%)	4529	7240

* *dont nombre de ceux portant uniquement sur parties communes*

Le nombre de personnes concernées par une procédure de protection (7 240) continue de progresser de façon très significative pour la seconde année consécutive (+26 % en 2013 après +24 % en 2012).

Cette augmentation du nombre de personnes concernées s'explique en partie par la progression (+8%) du nombre de procédures conduites mais surtout par une hausse très importante du nombre de logements sous procédure (+157%). Cette tendance est accentuée par l'évolution du nombre moyen d'occupants par logement sous procédure qui continue sa progression pour s'élever à 2,5 occupants en 2013 (2 en 2012 et 1,4 en 2011). **Le traitement de l'insalubrité concerne en moyenne en 2013 des foyers de taille supérieure à la taille moyenne nationale** (le dernier chiffre publié par l'INSEE fait état en 2011 d'un nombre moyen d'occupants par résidence principale de 2,26).

La part des arrêtés d'**insalubrité touchant uniquement les parties communes** est limitée (5 % des arrêtés d'insalubrité remédiables) mais elle représente plus de 34 % des logements sous arrêtés d'insalubrité remédiable (573 sur les 1 674 logements concernés). Les immeubles concernés par un arrêté sur parties communes comportent en moyenne 11,25 logements.

Enfin, 38 % des arrêtés préfectoraux sont issus des SCHS, une proportion qui est conservée lorsque l'on comptabilise uniquement les arrêtés d'insalubrité (article L. 1331-26 du CSP). Cette activité des SCHS représente plus de 50 % de l'activité dans 19 départements et même plus 90 % pour 6 départements : Hauts-de-Seine (25 SCHS), Hautes-Alpes (1 SCHS), Doubs (1 SCHS), Finistère (2 SCHS), Pyrénées-Atlantiques (3 SCHS) et Haute-Garonne (1 SCHS).

La nécessaire publication aux hypothèques (nouvelle question 2013)

L'enquête 2013 interrogeait pour la première fois les services sur la publication des arrêtés au service de publicité foncière.

Le nombre d'arrêtés publiés au bureau de la publicité foncière (450 publications en 2013) représente moins d'un quart (24%) du total des arrêtés d'insalubrité et de locaux impropres à l'habitation.

Il faut rappeler que cette publication est pourtant le moyen de garantir l'information d'un éventuel acquéreur (le service de publicité foncière transmet l'information au notaire qui réalise la vente) et d'assurer la solidarité financière entre propriétaires successifs. Ce mécanisme de solidarité financière permet ensuite à la puissance publique d'assurer le recouvrement des frais engagés lors de la réalisation d'office des mesures prescrites (hébergement, relogement, travaux) sur la personne la plus solvable, charge à elle de se retourner contre les autres personnes financièrement solidaires.

La pratique de la publication des arrêtés préfectoraux

Cet indicateur montre que 34 départements (36%), sur les 95 ayant répondu à la question, publient plus de 80 % de leurs arrêtés. 24 départements ont publié la totalité des arrêtés en 2013, pour un volume maximum de 35 arrêtés sur un département (cas des Bouches-du Rhône et du Gard).

7 départements – Bouches-du-Rhône (35 arrêtés publiés), Gard (35), Haute-Garonne (23), Haut-Rhin (18), Seine-Maritime (18), Tarn (17), Haute-Provence (16) – ont publié plus de 15 arrêtés en 2013. Pour les 44 départements qui ont publié au moins la moitié de leurs arrêtés préfectoraux, la moyenne s'élève à 8 arrêtés publiés en 2013.

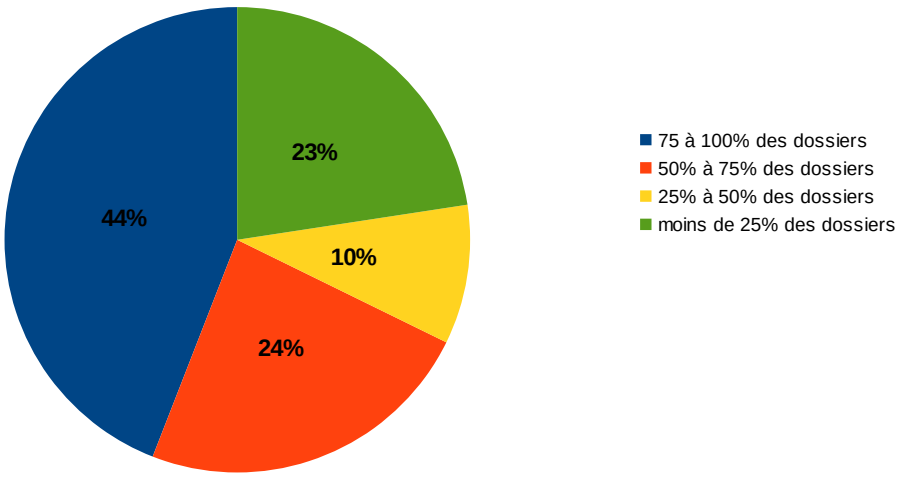
Plusieurs départements affichent un rattrapage dans la publication des arrêtés, notamment le Tarn qui publie 17 arrêtés préfectoraux alors qu'il en a notifié 3 en 2013.

Les 35 départements qui ne mentionnent aucune publication aux hypothèques se répartissent ainsi :

- 6 départements n'ont pas répondu à la question (Aude, Ardèche, Oise, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise) ;
- 9 départements n'ont rédigé aucun arrêté préfectoral en 2013 (Gers, Meuse, Hautes-Alpes, Jura, Nièvre, Vosges, Territoire de Belfort, Corse du sud, Mayotte) ;
- 17 départements ont rédigé des arrêtés préfectoraux.

Le département des Alpes-de-Haute-Provence assure un suivi très strict de la LHI et se substitue régulièrement aux propriétaires défaillants. Les éléments transmis montrent qu'en 2013, le préfet a notifié 17 arrêtés préfectoraux et 16 arrêtés ont été publiés au service de la publicité foncière.

Le taux d'insalubrité liée à la présence de moisissures (nouvelle question 2013)

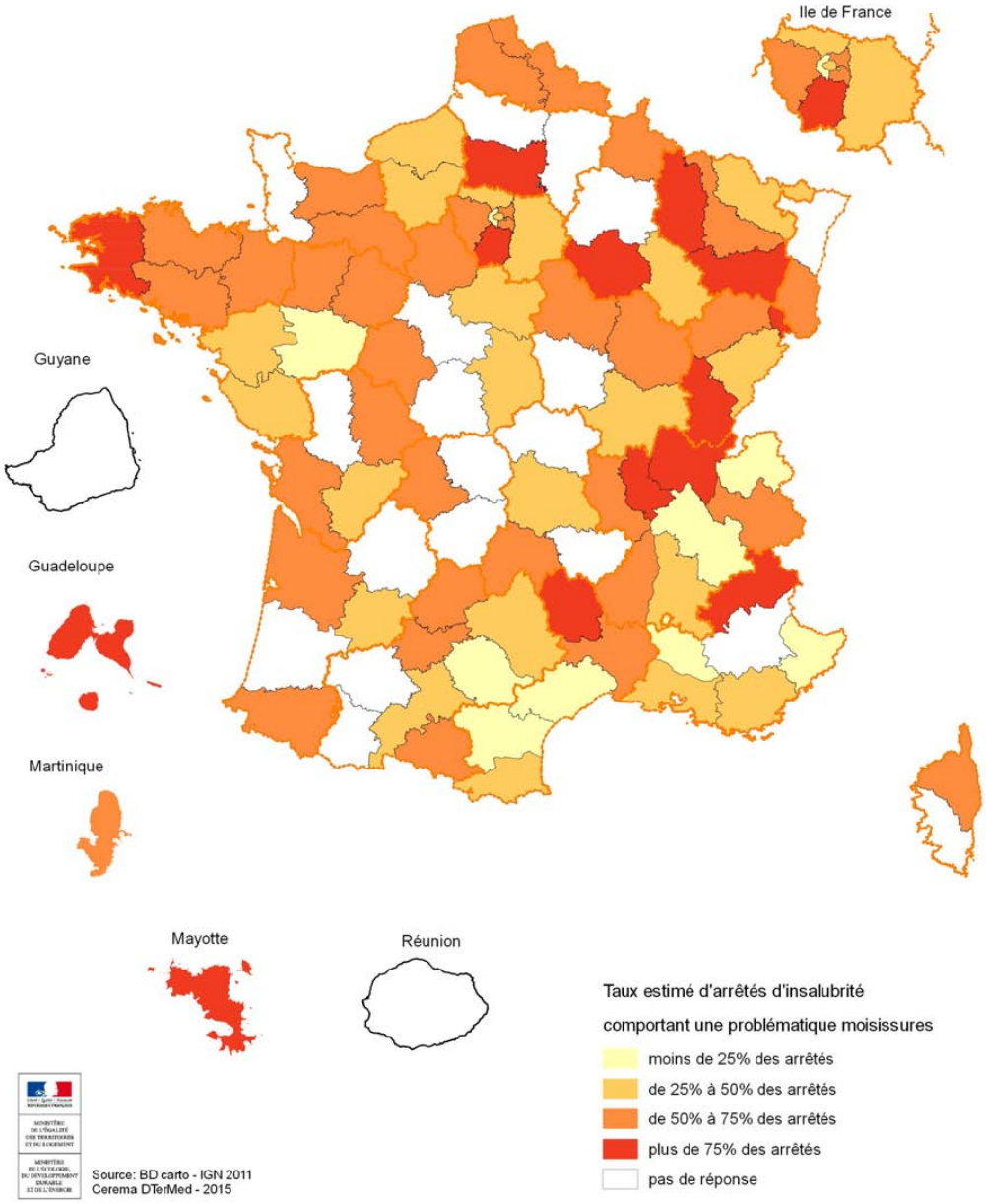


L'enquête 2013 interrogeait pour la première fois les services sur la présence des moisissures dans les motifs d'insalubrité.

44 % des départements estiment que la présence de moisissures apparaît dans les motivations de plus des trois-quart des situations d'insalubrité et 68 % qu'elle apparaît dans plus d'un dossier sur deux alors que seuls 23 % des départements estiment à moins d'un quart les situations dans lesquelles la moisissure apparaît comme un motif d'insalubrité.

Ces chiffres sont à mettre au regard de ceux recueillis lors de la campagne nationale « Logements » réalisée entre octobre 2003 et janvier 2006 par l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI), qui a révélé qu'environ 40 % des logements étaient contaminés par des moisissures, représentant plus de 9 millions de logements à l'échelle nationale.

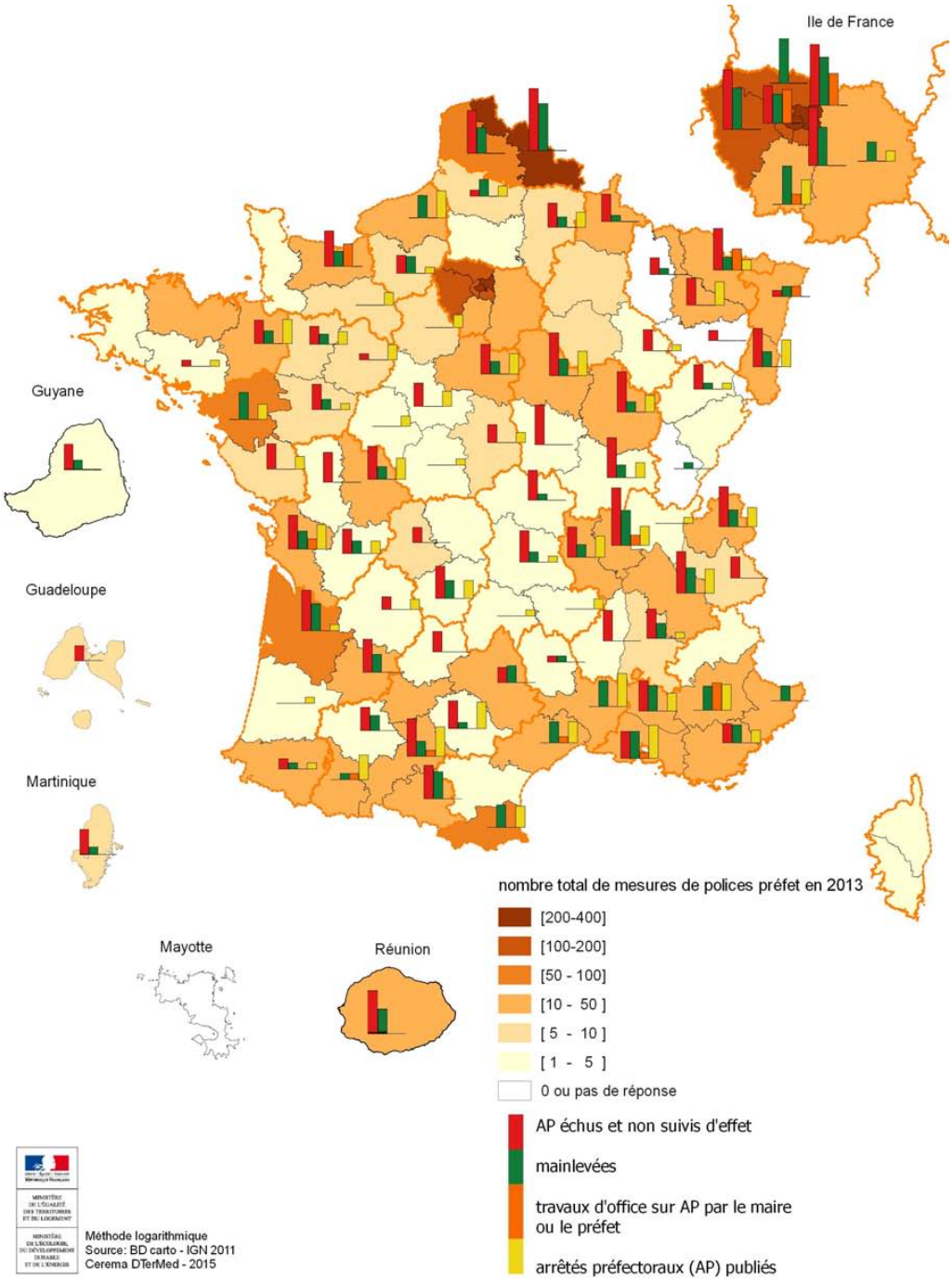
Taux des arrêtés d'insalubrités mentionnant une problématique moisissures – 2013



La répartition géographique est très disparate, avec une présence marquée de la problématique de moisissures dans le quart nord-ouest. Les départements du sud ne sont pas pour autant épargnés par ce risque pour la santé.

La situation telle qu'elle ressort de cette enquête montre que la présence des moisissures dans les logements et immeubles insalubres concernent l'ensemble du territoire français. La présence et la persistance des moisissures relèvent de plusieurs facteurs : infiltration due à une insuffisance d'étanchéité, absence ou insuffisance du système de ventilation ainsi qu'une mauvaise isolation thermique (des ouvrants et des murs donnant sur l'extérieur). De plus, la précarité énergétique des occupants et l'utilisation d'un chauffage inadapté constitue une cause supplémentaire.

Nombre de mesures de police CSP, nombre d'arrêtés échus, mainlevées et procédures de travaux d'office engagées sur arrêtés préfectoraux (pour l'État et les communes) – année 2013



La progression de la mise en œuvre par l'État de procédures coercitives, soutenue en novembre 2007 par le lancement du Plan de lutte contre les marchands de sommeil, se poursuit.

Evolution du pourcentage de départements prenant des arrêtés d'insalubrité 2012 – 2013

Procédures	Intitulé	**Année 2012**	Pourcentage de départements ayant mobilisé la procédure *	**Année 2013**	Pourcentage de départements ayant mobilisé la procédure *
L1331-26	Insalubrité	1144		1230	
dont	*Irrémédiables (IR)*	*185*	*47 %*	*283*	*48 %*
	Remédiables (RE)	*959*	*79 %*	*947*	*84 %*
	Dont mises en demeure (RE délais dépassés)			*159*	*36 %*
L1331-26-1	Danger imminent mis en évidence dans le rapport d'insalubrité	312	46 %	335	39 %
Sous-total L.1331-26 (IR, RE et 26.1)		1456	86 %	1565	87 %
L-1331-22	Locaux impropres à l'habitation par nature	514	56 %	663	66 %
L-1331-23	Sur occupation des locaux	36	14 %	35	14 %
L-1331-24	Locaux dangereux par l'utilisation qui en est faite	30	6 %	21	7 %
L-1331-25	Périmètre insalubre	1	1 %	3	3 %
L-1311-4	Traitement d'urgence du danger sanitaire ponctuel	600	52 %	555	61 %
Nombre total d'arrêtés préfectoraux		**2637**	93 %	**2842**	95%

* par défaut les départements n'apportant pas de réponse sont comptabilisés avec une activité nulle.

La mobilisation des services s'est maintenue en 2013 sur l'ensemble du territoire.

La procédure d'insalubrité (L.1331-26) a concerné 89 départements en 2013 pour un total en légère hausse à 1 565 arrêtés d'insalubrité notifiés.

Sur 12 départements qui n'ont déclaré aucun arrêté d'insalubrité en 2013 (Hautes-Alpes, Doubs, Jura, Meuse, Nièvre, Mayotte, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Manche, Territoire-de-Belfort, Vosges et Gers), les huit premiers cités étaient déjà présents dans ce groupe en 2012, alors que les quatre suivants avaient rédigé de 1 à 3 arrêtés d'insalubrité cette année-là. À l'inverse, 8 départements (Aube, Corrèze, Creuse, Finistère, Marne, Morbihan, Puy-de-Dôme et Indre-et-Loire) qui ne déclaraient aucun arrêté d'insalubrité en 2012 ont produit entre 1 et 3 arrêtés en 2013.

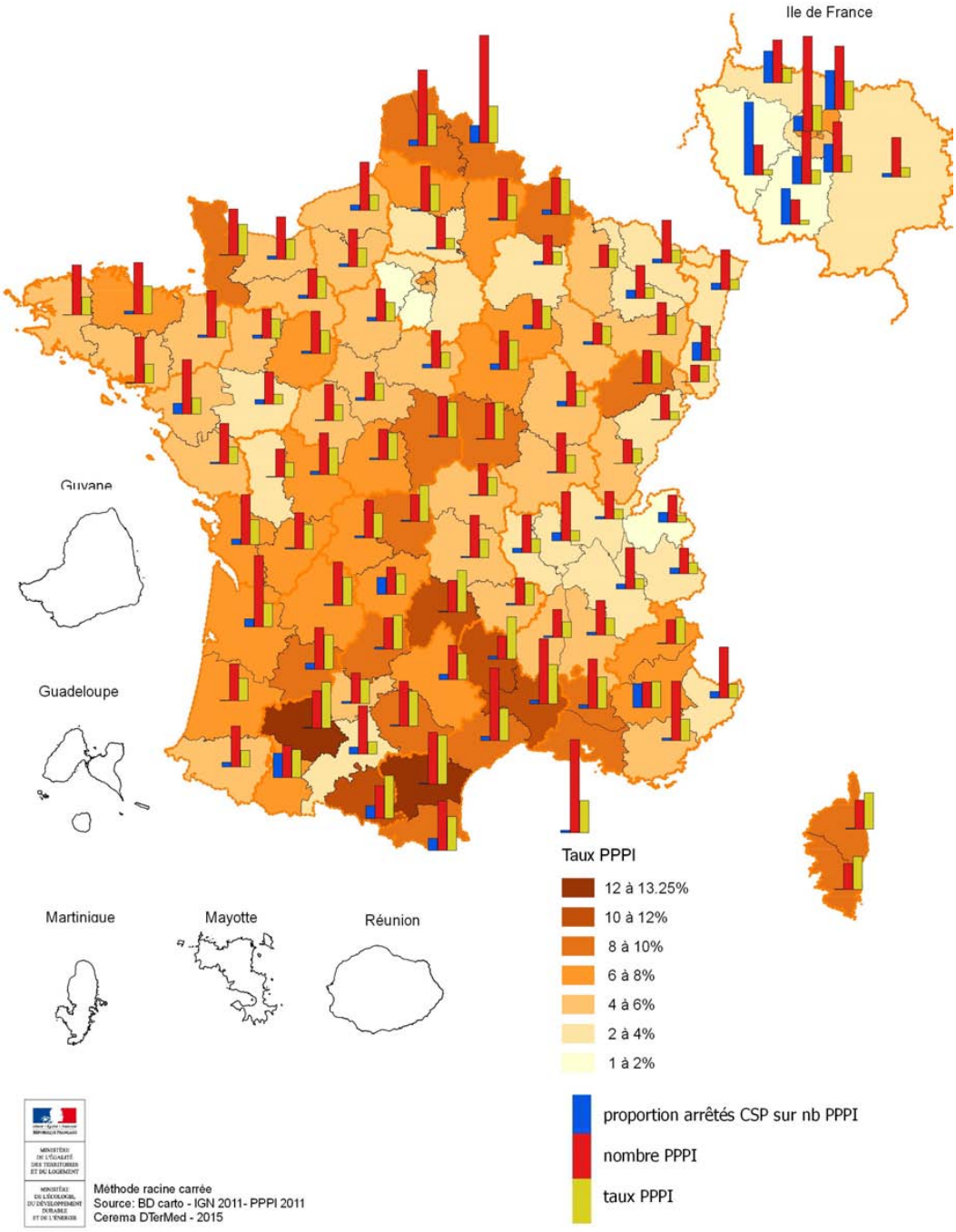
Si l'on considère l'ensemble des procédures préfectorales (L.1331-22 à L.1331-26 et L.1311-4), elles ont mobilisé 96 départements, avec un total également en hausse avec 2 842 procédures conduites (3 001 si l'on ajoute les 159 mises en demeures notifiées lors du constat du dépassement des délais inscrits dans les arrêtés d'insalubrité remédiable).

Pour les 5 départements (sur 101 ayant répondu) qui n'ont notifié aucun arrêté préfectoral en 2013 (Jura, Meuse, Mayotte, Territoire-de-Belfort, Vosges), seuls les deux premiers cités étaient dans la même situation en 2012. Les 3 nouveaux arrivants remplacent les 4 départements sortis de ce groupe en 2013 avec une production de 1 à 5 arrêtés préfectoraux (Doubs, Haute-Corse, Corrèze et Morbihan).

Rapprochement activité dans le cadre du code de la santé publique / parc privé potentiellement indigne (2011)

Le rapport entre le volume d'arrêtés préfectoraux et le volume du parc privé potentiellement indigne (PPPI) (représenté en bleu) met en évidence la capacité des services d'Île-de-France à conduire les procédures alors que ce territoire n'est pas le plus fortement concerné par l'habitat indigne (taux et volume) selon le PPPI. Globalement, l'activité des services ne semble pas directement corrélée au PPPI.

PPPI 2011 et mesures de police CSP – année 2013



Travaux d'office

En cas de non-exécution par le propriétaire des mesures prescrites par l'arrêté, les pouvoirs publics doivent se substituer d'office, aux frais du propriétaire, pour réaliser les mesures prescrites.

Avec **187 opérations de travaux d'office sur arrêtés préfectoraux (hors Paris)**, l'année 2013 enregistre une chute de 16 % sur ce champ de la lutte contre l'habitat indigne.

La tendance à la baisse des opérations sous maîtrise d'ouvrage communale se confirme avec une diminution très forte en 2013 (-48%) pour retrouver le niveau de 2011. De son côté, avec 139 réalisations, l'État poursuit sa progression (+8 %) en 2013. Trois quarts des opérations de travaux d'office (74 %) ont été engagées sous maîtrise d'ouvrage État, le quart restant (26 %) sous maîtrise d'ouvrage communale.

Les montants des travaux d'office engagés remontés par les services à travers cette enquête sont insuffisamment renseignés et incohérents. Ils ne sont donc pas exploités dans le cadre de ce rapport.

À titre indicatif, le tableau ci-dessous donne la consommation des crédits du BOP 135 LHI de 2010 à 2013 au niveau régional pour la réalisation des interventions en matière de LHI.

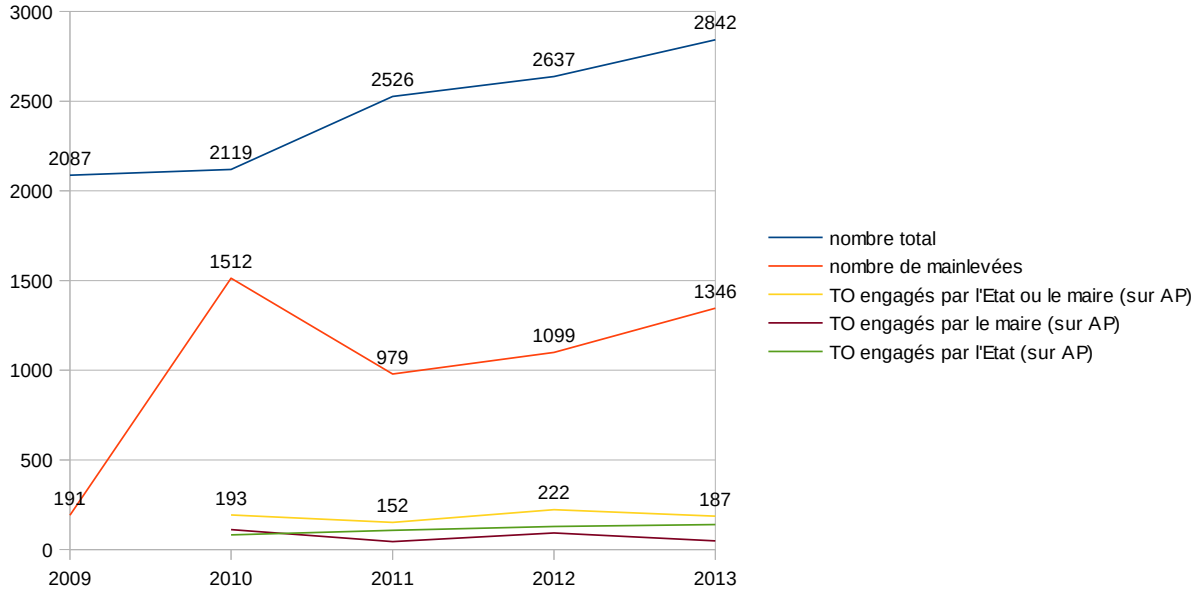
Autorisation d'engagement (AE) au titre de la lutte contre l'habitat indigne

AE au titre de la LHI	LHI 2010	LHI 2011	LHI 2012	LHI 2013
Alsace	30 500	31 949	29 657	15 205
Aquitaine	181 727	78 270	149 417	179 491
Auvergne	6 716	2 531	2 800	11 644
Basse-Normandie	3 429	23 144	14 629	51 599
Bourgogne	31 217	29 550	19 394	85 058
Bretagne	53 559	2 129	0	0
Centre	132 049	60 079	65 317	22 603
Champagne-Ardenne	22 189	14 735	2 322	22 289
Corse	1 240	1 296	2 225	0
Franche-Comté	11 335	4 359	3 323	6 200
Haute-Normandie	6 668	19 052	36 329	45 983
Ile-de-France	4 039 484	3 949 437	4 006 458	3 249 995
Languedoc-Roussillon	142 334	105 628	70 994	54 293
Limousin	7 221	7 867	8 507	9 796
Lorraine	1 082	30 914	14 033	44 912
Midi-Pyrénées	233 801	410 830	68 387	229 716
Nord-Pas-de-Calais	168 428	280 820	191 743	124 160
Pays de la Loire	37 452	25 756	39 422	53 185
Picardie	1	1 196	5 231	6 032
Poitou-Charentes	15 903	15 993	54 155	53 255
PACA	554 221	969 385	908 864	601 529
Rhône-Alpes	118 589	83 590	145 524	76 335
Guadeloupe				
Guyane				
Martinique				
Réunion	811			
Mayotte				
Total	**5 799 953**	**6 148 511**	**5 838 732**	**4 943 278**

* En 2013, les AE engagés tiennent compte des rétablissements de crédits.

L'annexe 3 à la lettre de notification des crédits du BOP 135 envoyée aux préfets de région le 6 février 2015 rappelle les conditions d'utilisation de ces crédits pour la lutte contre l'habitat indigne.

Evolution du nombre de travaux d'office et de mainlevées au regard du nombre d'arrêtés préfectoraux



Nombre de mainlevées

Une procédure de police en matière d'habitat indigne aboutit lorsque les travaux sont réalisés et/ou le risque est écarté, et que l'autorité administrative compétente peut prononcer la mainlevée de l'arrêté.

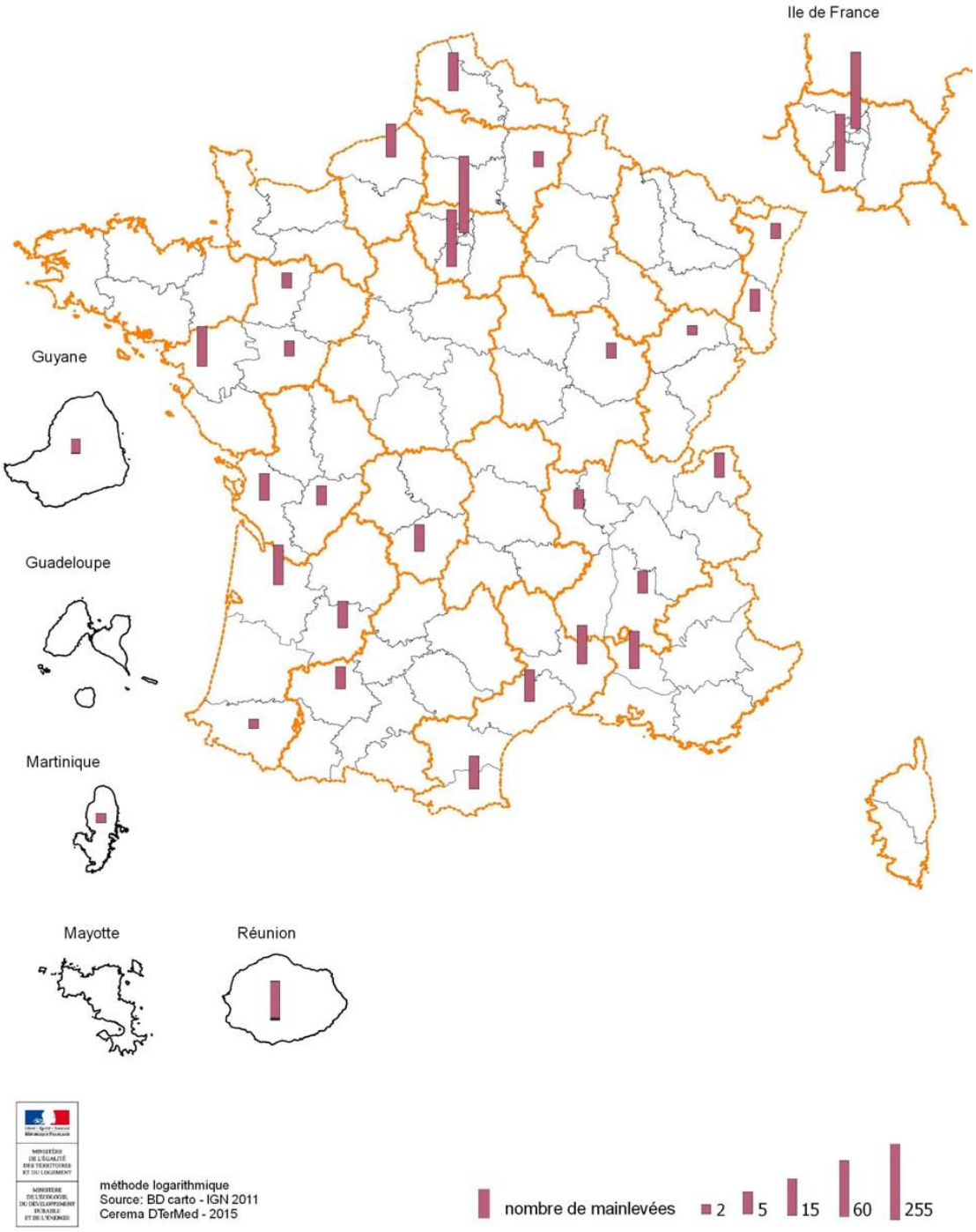
Evolution des mainlevées	**Année 2009**	**Année 2010**	**Année 2011**	**Année 2012**	**Année 2013**
procédures avec mainlevées*		1189	1460	1625	1558
total mainlevées réalisées	191	1512	979	1099	1346
taux de mainlevées		**127%**	**67%**	**68%**	**86%**

** L.1331-26, L.1331-23, L.1331-24 et L.1331-4*

En 2010 les services avaient été mobilisés pour réaliser les mainlevées, notamment pour diminuer le stock d'arrêtés anciens.

Les chiffres de 2013 confirment la dynamique des mainlevées. En considérant le nombre d'arrêtés notifiés au titre de procédures pour lesquelles une mainlevée est attendue (L.1331-26, L.1331-23, L.1331-24 et L.1331-4), le taux de mainlevées atteint 86 % de ces procédures en 2013.

Nombre de mainlevées – Année 2013



Stock d'arrêtés ou de mises en demeure échus et non suivis d'effet

Stocks	**Année 2010**	**Année 2011**	**Année 2012**	**Année 2013**
Échus non suivis d'effet (-10 ans)	4200			
Échus non suivis d'effet au 31/12	7 480	8 564	9 162	5 256
Mainlevées	1 512	979	1 099	1 346

Le niveau du stock d'arrêtés et mise en demeure non suivi d'effet soulève des interrogations. Il a chuté de plus de 57 % au 31 décembre 2013 pour atteindre le niveau de stock le plus bas jamais mesuré. Le taux de réponse de 89 % ne semble pas en mesure d'expliquer ce résultat, même si les départements n'ayant pas répondu peuvent représenter un stock conséquent (Essonne, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Val d'Oise, Oise, Hérault, Gard, Ain, Pyrénées-Orientales et Hautes-Pyrénées).

L'augmentation du nombre de mainlevées en 2013 ne peut expliquer cette diminution du stock dans la mesure où elle ne compense pas le nombre de procédures initiées cette année. De même, le nombre d'opérations de travaux d'office engagées en 2013 ne semble pas expliquer cette forte diminution du nombre d'arrêtés échus et non suivis d'effet.

En 2015, il est envisagé de faire évoluer l'enquête EHI pour différencier les arrêtés d'interdiction pure (locaux impropres à l'habitation) des arrêtés comportant des prescriptions. Le stock d'arrêtés liés à ces deux situations n'est en effet pas de même nature et ne nécessite pas la même réponse des services.

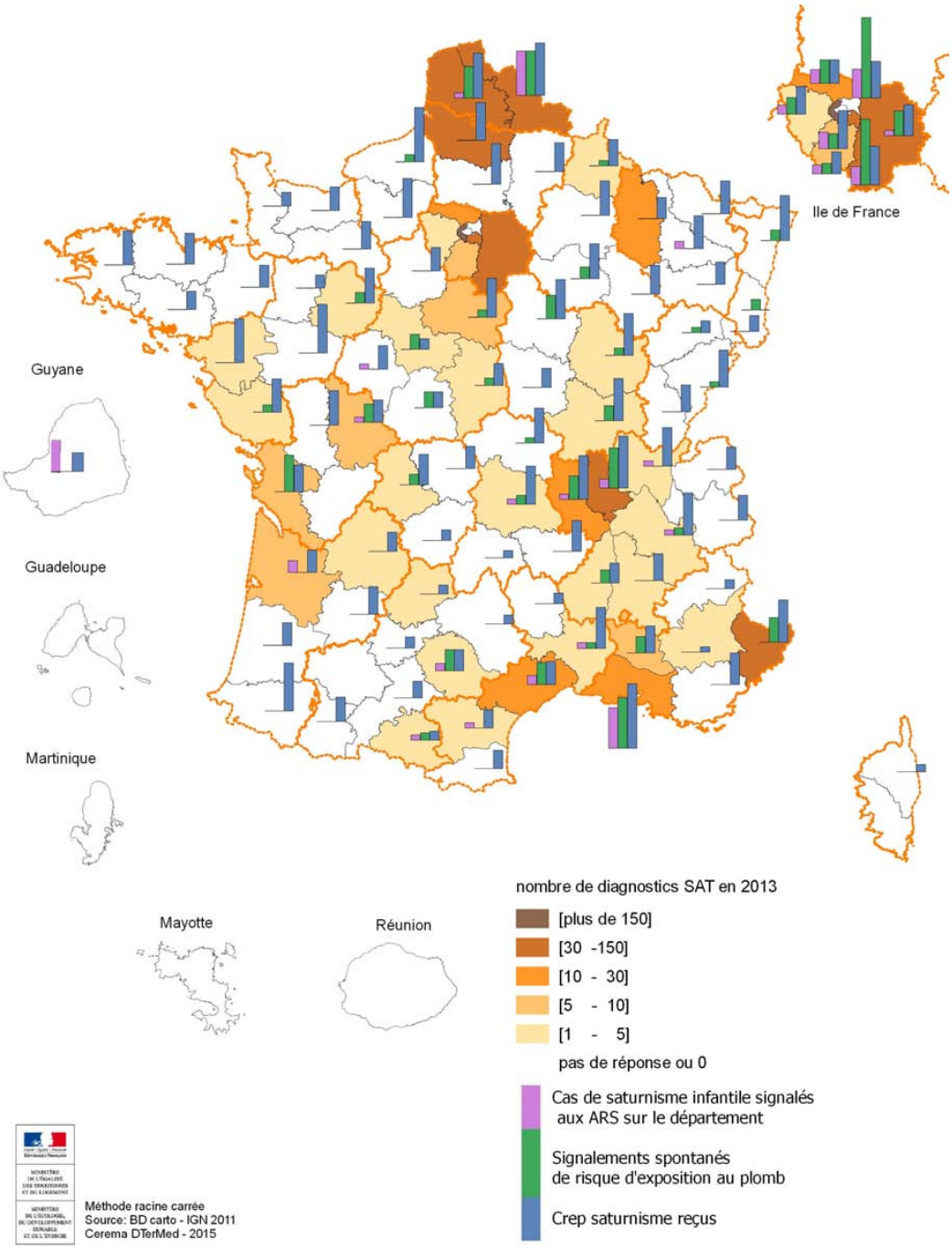
L'enquête 2013 traduit peut-être la mise à jour par les services du suivi des arrêtés pris dans le cadre de procédures d'interdiction pure pour lesquelles les arrêtés restent en vigueur sans délai et/ou sans qu'une mainlevée ne puisse être envisagée (L.1331-22, L.1331-25, L.1331-26-1). Cette mise à jour peut intervenir dans le cas, par exemple, de la démolition d'un bâtiment ou de sa réaffectation durable constatée à un autre usage (cas sur une procédure L.1331-22).

5-2-2 Les mesures de police prises au titre de la lutte contre le saturnisme infantile

Les enquêtes environnementales et diagnostics effectués

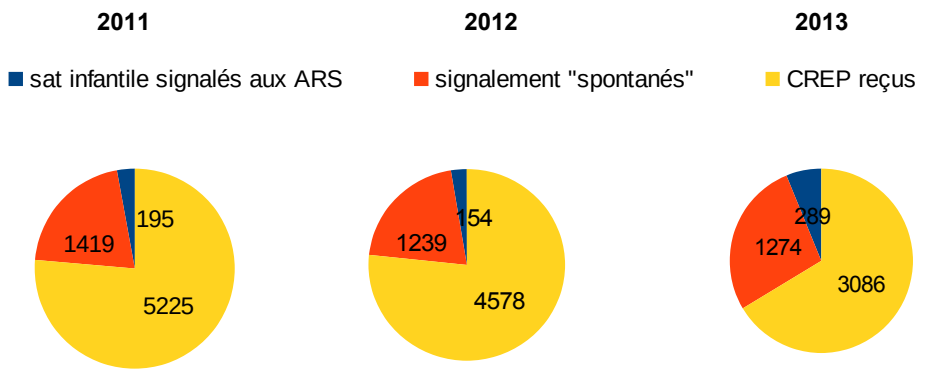
En cas de déclaration obligatoire d'un cas de saturnisme, une enquête environnementale est effectuée par l'ARS ou le SCHS afin de détecter la source de l'intoxication au plomb (revêtements dégradés contenant du plomb d'un logement, des parties communes d'un immeuble, des autres lieux accueillant l'enfant tels que l'école ou d'autres sources contenant du plomb telles que les sols contaminés, l'eau du robinet si les canalisations sont en plomb et l'eau agressive, la céramique traditionnelle, les cosmétiques artisanaux ou l'ingestion accidentelle d'objet en plomb comme les perles de collier par exemple). Cette enquête peut inclure un diagnostic du local susceptible d'être à l'origine de l'intoxication. Ce diagnostic est également effectué directement à la suite d'un signalement de risque d'exposition au plomb (entrée « logement »).

Détection et traitement des cas de saturnisme – année 2013



Saturnisme	**Année 2009**	**Année 2010**	**Année 2011**	**Année 2012**	**Année 2013**
Saturnisme infantile ARS	198	201	195	154	289
Signalement « spontané »	1621	1443	1419	1239	1274
CREP	8140	5603	5220	4578	3086
Nombre de diagnostics réalisés par un **opérateur certifié**		1687	2062	1583	1050
Nombre total de diagnostics					1344
Nombre de diagnostics positifs					989
Enquêtes environnementales	397	376	260	177	348
Nombre d'enquêtes environnementales ayant mis en cause un immeuble d'habitation fréquenté régulièrement par un mineur					140
Nombre d'enquêtes environnementales ayant mis en cause un immeuble fréquenté régulièrement par un mineur, autre qu'un immeuble d'habitation			45	35	5
Nombre de mises en demeure de travaux					824
Nombre travaux réalisés					441
dont nombre de travaux d'office après mise en demeure d'effectuer ces travaux					149
Nombre de contrôles conformes après travaux					674
Nombre de contrôles non conformes après travaux					291
Nombre de personnes hébergées			178	202	168
Nombre de personnes relogées			63	63	48

Evolution du nombre de dossiers de saturnisme



Le nombre de cas observés « entrée santé » :

Selon la réglementation, un enfant dont la plombémie (mesure du plomb dans le sang) est supérieure ou égale à 100 µg/l est atteint de saturnisme. La découverte d'un cas de saturnisme par un médecin qui a prescrit une plombémie doit faire l'objet d'une déclaration par celui-ci au médecin inspecteur de la santé publique de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le nombre de nouveaux cas de saturnisme infantile portés à la connaissance des ARS en 2013 est en très forte augmentation (+87%) avec 289 cas après le palier observé entre 2009 et 2011 (environ 200 cas). Les années précédentes une diminution des cas détectés avait été relevée dont une part non négligeable était attribuée aux actions d'amélioration de l'habitat dans les départements engagés dans la lutte contre le saturnisme.

Le nombre d'enquêtes environnementales ayant mis en cause un immeuble fréquenté régulièrement par un mineur, autre qu'un immeuble d'habitation a fortement diminué. Cela s'explique dans la mesure où le département de l'Hérault qui représentait l'essentiel de ces situations lors des exercices précédents – (27 cas soit 77 % des remontées de l'enquête en 2012, dans les mêmes proportions en 2011 avec 32 cas (71%) – ne remonte aucun cas sur l'exercice 2013. En 2013, les cinq cas sont signalés par les départements des Hauts-de-Seine (2 cas), du Val-de-Marne, du Gard et des Bouches-du-Rhône. Comme sur les exercices précédents (exception faite de l'Hérault) ces quelques cas sont ponctuels (aucun cas deux années de suite sur le même département) et disséminés sur l'ensemble du territoire.

Les signalements de situations de risque d'exposition au plomb « entrée logement » :

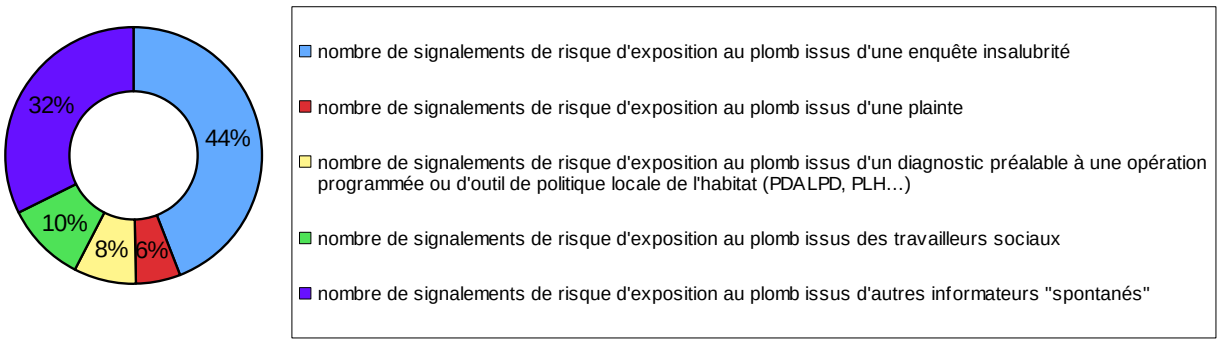
- **les signalements spontanés :**

Les particuliers, les associations, les opérateurs ou tout type d'acteurs qui en ont la connaissance ont la possibilité de signaler la présence de peintures dégradées dans une habitation. Les services qui reçoivent ces signalements spontanés, le plus souvent les ARS, déclenchent ensuite des visites sur place afin d'évaluer la présence de plomb dans ces peintures dégradées.

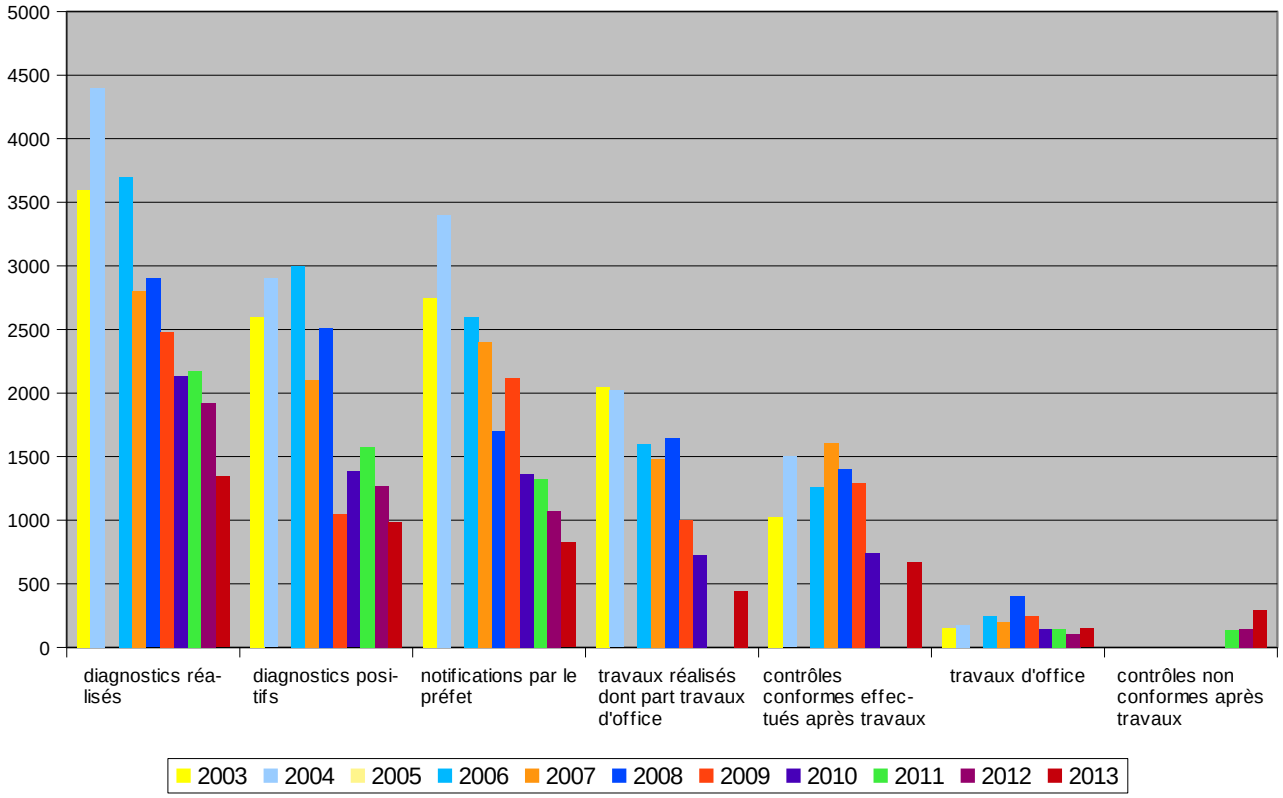
Le nombre de signalements spontanés, à distinguer des données issues des constats de risque d'exposition au plomb (CREP) qui sont abordées ci-après, s'est stabilisé en nombre (1274) suite à la baisse mesurée sur les exercices précédents.

Sur la période 2008 à 2010, ces signalements spontanés étaient effectués pour moitié suite à une enquête d'insalubrité.

Source des signalements spontanés (données 2010)



Evolution en volume de chaque étape de la procédure saturnisme (2003 - 2013)



- **données issues des constats de risque d'exposition au plomb (CREP)**

Depuis le 26 avril 2006, date d'entrée en vigueur du dispositif issu de la loi de santé publique de 2004, les constats de risque d'exposition au plomb (CREP) remplacent les états de risque d'accessibilité au plomb (ERAP). À la différence des ERAP, seuls les CREP dits positifs sont transmis aux services.

Le nombre de CREP transmis (3 086) est en diminution constante, en baisse de plus d'un tiers en 2013 par rapport à 2012 (-34%). En 2010, 70 % de ces CREP concernaient un problème de plomb, les autres détectaient une situation de péril ou d'insalubrité.

Le taux de traitement des CREP reçus par l'ARS a progressé en 2013 : plus de 90 % d'entre-eux ont été traités (78 % en 2012). Ces CREP reçus sont, soit traités par l'ARS elle-même (plomb ou insalubrité), soit transmis pour traitement à un autre service (SCHS ou maires).

Quelques chiffres du saturnisme

L'entrée « santé » avec 289 cas représente 6 % des situations remontées aux ARS, l'entrée « logement » est constituée à 71 % des CREP et 29 % de signalements spontanés (par des personnes qui sont entrées dans le logement pour un autre motif).

Ces signalements génèrent 1 344 diagnostics réalisés à 78 % par des opérateurs certifiés pour aboutir dans 74 % des cas (989) à un résultat positif confirmant l'exposition au plomb. Les 824 mises en demeure de travaux ont permis la réalisation des travaux dans 441 cas. 30 % de ces travaux ont été réalisés en procédure d'office.

Les contrôles réalisés après travaux (965 contrôles en 2013) se sont révélés non conformes dans 30 % des cas (291 contrôles non conformes en 2013).

L'hébergement ou le relogement dans le cadre de la procédure de saturnisme

Ces procédures peuvent nécessiter la mise en œuvre d'hébergement ou de relogement pour les occupants. Au total, 216 personnes ont été concernées en 2013 par ces procédures. C'est un peu moins que les années précédentes (241 personnes en 2011 et 265 en 2012), mais la proportion de personnes relogées ou hébergées reste identique. La proportion de personnes prises en charge dans le cadre d'un hébergement représentent les trois quarts des effectifs (77%) et celles relogées, le dernier quart.

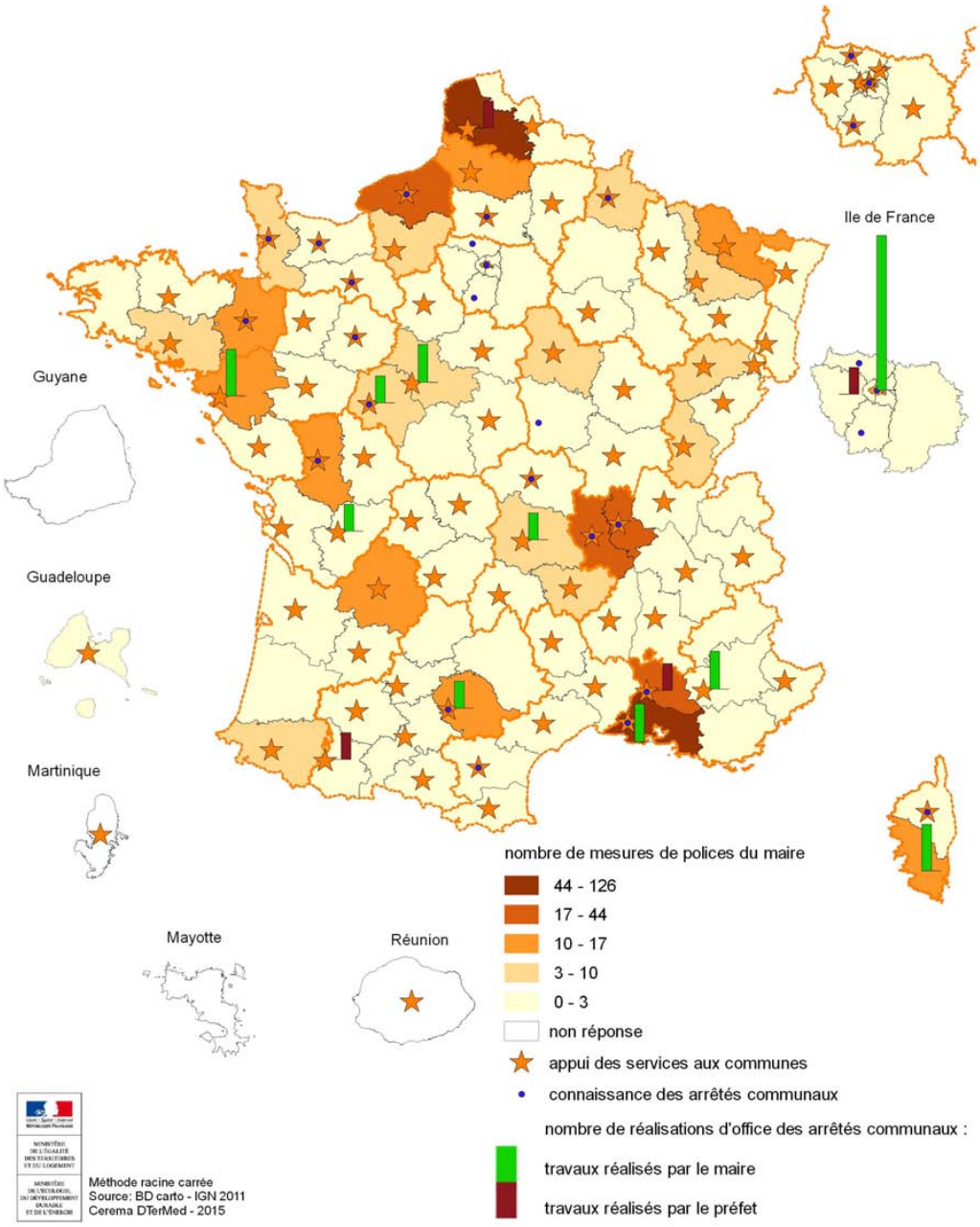
Il faut noter, dans la continuité des exercices précédents, que ces mesures d'hébergement ou de relogement exécutées d'office ne concernent qu'un département sur quinze, avec une activité concentrée sur deux départements en Île-de-France (qui totalise près de 90 % du total).

Pour l'hébergement, sur les 5 départements concernés, la Seine-Saint-Denis reste le département le plus sollicité en 2013 (100 personnes en 2013, 120 en 2012). Paris recense 58 hébergements liés au risque saturnin en 2013 (55 en 2012, 61 en 2011). Les Bouches-du Rhône (6 hébergements), l'Ain et le Tarn (2 hébergements chacun) sont les seuls départements en région à déclarer des bénéficiaires de ces actions.

Pour le relogement, qui a concerné 48 personnes dans 4 départements en 2013 (63 sur les exercices précédents), deux départements apparaissent comme chaque année particulièrement concernés, Paris (7 personnes) et les Bouches-du-Rhône (10 personnes). En 2013 la région Île-de-France est fortement impliquée suite aux 23 relogements réalisés dans les Hauts-de-Seine. L'Ariège comptabilise pour sa part 8 relogements en 2013.

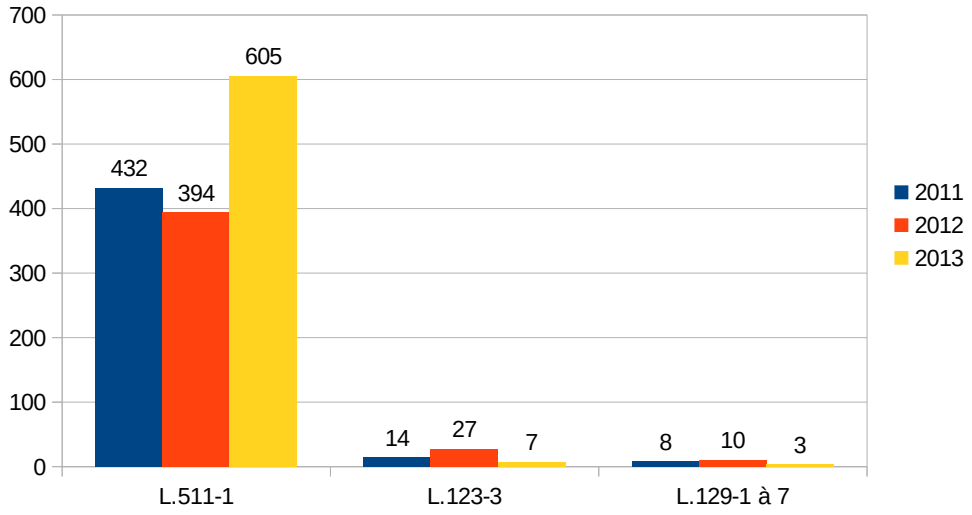
5-2-3 Les procédures des maires

Nombre de mesures de police du maire



Polices du maire	Année 2012	Activité relevée dans :	Année 2013	Activité relevée dans :
Nombre de départements qui déclarent avoir connaissance du nombre d'arrêtés relevant de la compétence du maire	27		22	
L.511-1 et suivants (Péril)	394	40 départements	605	44 départements
L.123-3 (Hôtels meublés)	27	2 départements : 39 (5), 75 (22)	7	2 départements
L.129-1 à 7 (Équipements communs)	10	4 départements : 06 (3), 44 (2), 64 (4), 75 (1)	3	3 départements
TO nombre d'opérations engagées par les communes sur des arrêtés du maire	Absent enquête 2012	Absent enquête 2012	49	10 départements
TO nombre d'opérations engagés par l'État sur des arrêtés de la compétence du maire en substitution de celui-ci	Absent enquête 2012	Absent enquête 2012	4	4 départements

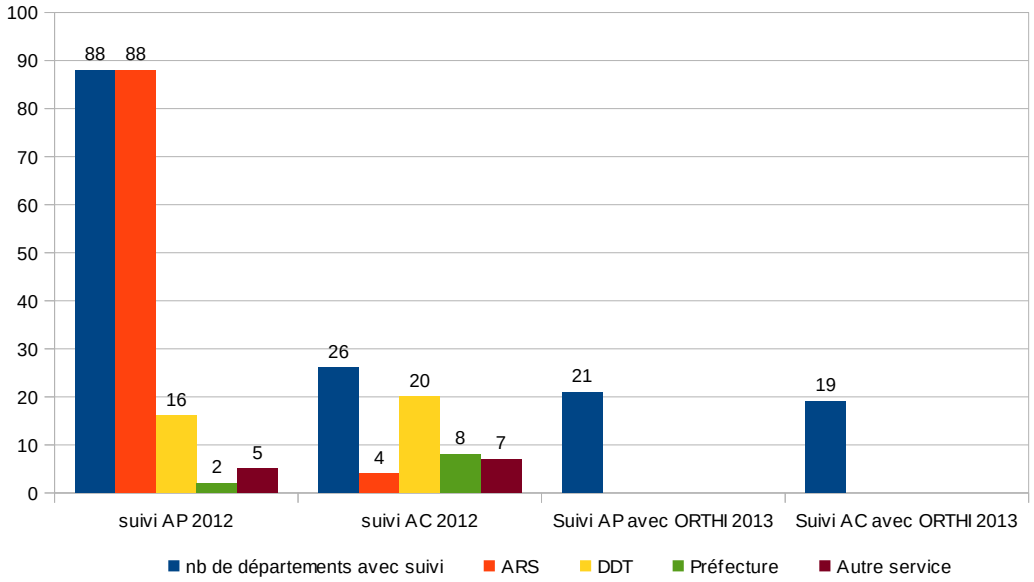
Evolution du nombre de procédures de police mises en œuvre par le maire (2011-2013)



Les données chiffrées sur le nombre d'arrêtés communaux sont souvent partielles, y compris dans les départements qui déclarent disposer d'un suivi de ces arrêtés.

L'exercice 2013 est marqué par la hausse du nombre d'arrêtés de péril recensés (+ 54%). Le déploiement d'ORTHI devrait conduire à constater dès 2014 une hausse conséquente du nombre d'arrêtés communaux recensés au niveau départemental, à la hauteur de son utilisation dans les collectivités locales. En 2013, 19 départements ont utilisé ORTHI pour le suivi des arrêtés communaux (21 pour les arrêtés préfectoraux).

Suivi des arrêtés préfectoraux et communaux en 2012 et 2013 (ORTHI exclusivement)



5-3 Mise en œuvre des articles 9, 10 et 11 de la loi dite « Letchimy »

Loi « Letchimy »	Nombre d'arrêtés en 2013	Nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	Nombre de logements	Population estimée	Commentaire
Article 9 – Arrêtés préfectoraux instituant un périmètre insalubre adapté aux secteurs d'habitat informel	1	0	18	20	Martinique
Article 10 – Arrêté préfectoral pour le traitement ponctuel de l'insalubrité de locaux mis à disposition aux fins d'habitation par des personnes non titulaires de droits réels sur les terrains concernés	2	0	8	28	Guyane
Article 11- Arrêtés pris par le maire État de péril de bâtiments édifiés par des personnes non titulaires de droit réels sur le terrain concerné et affecté à tout usage	0	0	0	0	Aucune mise ne œuvre
Total	3	0	26	48	

L'enquête sur l'activité en matière de lutte contre l'habitat indigne comporte en 2013 une partie spécifique sur la mise en œuvre des articles 9, 10 et 11 de la n°2011-725 du 23 juin 2011 dite « loi Letchimy » dans les départements d'outre-mer.

Cette loi apporte une réponse adaptée aux difficultés d'ordre juridique et administratif rencontrées pour la mise en œuvre de la résorption de l'habitat indigne dans les départements et régions d'outre-mer au regard des problématiques spécifiques rencontrées (habitat informel, correspondant aux locaux ou installations à usage d'habitation édifiés sans droit ni titre sur le terrain d'assiette).

Contexte

"Hors des situations évidentes de bidonvilles où tout est à démolir, le traitement de l'insalubrité – ou du péril – s'effectue de façon différente dans les deux types de situations (ie quartiers réguliers ou quartiers informels), pour tenir compte du droit de propriété. En effet, les arrêtés d'insalubrité ou de péril, prise en l'application du CSP ou du CCH, le sont à l'encontre du propriétaire de l'immeuble – à savoir de l'assiette foncière et du bâti – et ne peuvent concerner des constructions édifiées sans droit ni titre sur l'assiette foncière considérée. Pour traiter le péril et l'insalubrité en habitat informel, la loi n°2011-725 du 23 juin 2011 a créée des outils juridiques dédiés à ces situations." *(Extrait de l'annexe II de l'instruction du 31 mars 2014)*

La loi Letchimy a donc pour objet de **traiter les situations spécifiques rencontrées dans les DOM**, notamment l'habitat informel caractérisé essentiellement par un partage de la propriété entre le « propriétaire » du bâti et le propriétaire du sol. Cette situation est à différentier d'une occupation sans droit ni titre. Il peut également s'agir de l'absence de propriétaire identifié du local (qui n'a pas été édifié par le propriétaire du terrain) ou de l'absence d'un titulaire de droit réel sur le terrain d'assiette.

Les dispositifs « classiques » de la LHI (procédures ou opérations d'aménagement) s'appliquent à de l'habitat régulier. Dès lors que la situation rencontrée sort des limites du champ d'application de ces dispositifs « classiques », la loi Letchimy et ses textes d'application prévoient dans les DOM des dispositions nouvelles qui adaptent les dispositifs classiques aux spécificités de cet habitat informel. Ces dispositions font l'objet d'une instruction opérationnelle en date du 31 mars 2014.

La loi Letchimy comporte en outre un volet financier, précisé par l'arrêté du 18 février 2013, qui définit les conditions de l'indemnisation des occupants et des « logeurs » dans cet habitat informel, afin de disposer de nouvelles possibilités de sortie de situations précaires ou bloquées.

Références législatives et réglementaires

- loi n°2011-725 du 23 juin 2011 dite loi "Letchimy" ;
- arrêté du 18 février 2013 fixant le barème de l'aide financière prévue par la loi (art. 1,2,3 et 6) ;
- circulaire du 20 juin 2013 relative aux modalités d'application de la loi et de mise en œuvre de l'arrêté ;
- instruction du 31 mars 2014 relative au traitement de l'habitat indigne dans les DOM (dispositifs spécifiques).

Les apports de l'enquête 2013

Suite à la diffusion de la circulaire du 20 juin 2013 relative aux modalités d'application de la loi « Letchimy » et de mise en œuvre de l'arrêté interministériel du 18 février 2013 portant barème de l'aide financière instituée par cette loi, les questions de l'enquête permettent de faire un point sur le démarrage de ces nouvelles dispositions.

Le bilan est assez rapide. L'année 2013 a vu la mise en œuvre des dispositions de l'article 9 une seule fois, en Martinique, et celles de l'article 10 deux fois en Guyane. Ce premier point permettra de voir l'évolution dans les prochains mois, qui devrait s'amplifier notamment suite à la diffusion en 2014 de la dernière instruction complétant le dispositif.

CONCLUSION

Les pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI) sont généralisés sur l'ensemble du territoire avec des situations variables en matière d'animation selon les départements et les régions. Le pilotage du pôle par un membre du corps préfectoral est un élément déterminant d'efficacité de cette action publique au niveau local : 20% des pôles sont aujourd'hui pilotés par un Préfet.

Le pilotage opérationnel est assuré dans la grande majorité des pôles par les DDT, puis par les ARS et dans une moindre mesure par les DDCS.

Pour certains départements fortement dotés en SCHS, la participation de ces derniers aux PDLHI doit notamment être renforcée.

Il faut souligner la participation croissante des Agences départementales d'information sur le logement (ADIL) aux PDLHI.

Lorsqu'il existe un plan départemental de lutte contre l'habitat indigne, il est dans 87% des cas intégré au PDALPD. Cependant, 38% des départements ne disposent pas de plans départementaux de LHI (dont certains ont des PDALHPD en cours de négociation). Il est nécessaire de développer cette démarche pour l'ensemble des PDALHPD, comme le prévoit la loi ALUR.

Sauf quelques cas particuliers, dans la plupart des départements, l'ensemble des programmes locaux de l'habitat dispose bien d'un volet LHI, élément essentiel pour l'élaboration d'une stratégie d'amélioration de l'offre de logements dignes mise en œuvre dans la durée.

Par ailleurs, les études de repérage sont désormais largement commandées par les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), démontrant ainsi la pertinence de l'échelle intercommunale. Elles sont également conduites par les communes, dans des proportions moindres.

L'enquête montre une implication forte et globalement croissante des CAF et MSA dans le diagnostic de la décence et du repérage. Le déploiement de l'observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne (ORTHI) doit permettre de consolider les travaux avec les caisses dont la mobilisation doit demeurer forte dans le cadre de démarches de consignation de l'allocation logement.

L'inscription de la LHI dans les Contrats locaux de santé est un levier à développer pour intégrer l'habitat, en tant que déterminant de santé, dans la déclinaison locale des projets régionaux de santé.

L'année 2013 marque le déploiement d'ORTHI sur l'ensemble du territoire national, déploiement qui s'est largement poursuivi en 2014. Les dossiers intégrés en décembre 2014 atteignent le nombre de 22 335, soit 2,5 fois plus que ceux présents en janvier 2014. @riane-habitat, l'outil de gestion des procédures d'insalubrité, dont certaines données alimentent ORTHI, reste encore insuffisamment utilisé.

Sur le plan coercitif, le nombre de mises en demeure ou d'arrêtés préfectoraux continue de progresser, avec plus de 2 800 procédures engagées, notamment grâce à la mobilisation des ARS impliquées dans la mise en œuvre des polices d'insalubrité prévues par le code de la santé publique. En revanche, la visibilité sur le nombre d'arrêtés pris par les maires en application du code de la construction et de l'habitation reste encore insuffisante. ORTHI doit donc être promu auprès des communes et des EPCI comme outil de l'observatoire mutualisant l'ensemble des données sur la lutte contre l'habitat indigne, prévu par le PDALHPD.

ANNEXE 2

NOTICE POUR RENSEIGNER L'ENQUÊTE HABITAT INDIGNE SUR LES DONNÉES 2014

Comme pour les années précédentes, l'enquête 2014 se présente sous la forme d'une enquête en ligne. Cette dernière est accessible à l'adresse ci-dessous :

http://enqueteur.dgaln.developpement-durable.gouv.fr/index.php ?sid=35564&lang=fr

Vous n'avez pas besoin de code invitation pour y accéder lors de la première connexion.

Cependant, les saisies devant être opérées sur le même questionnaire par les différents partenaires, nous vous invitons à suivre la procédure ci-dessous :

Pour la première connexion

Avant toute connexion, vérifiez auprès de vos partenaires, qu'ils n'ont pas déjà initié un questionnaire.

Sinon, cliquer sur suivant en bas de la page pour commencer à compléter le questionnaire.

Arrêt de saisie avant la validation du questionnaire

Lorsque vous avez saisi les éléments à votre disposition mais que le questionnaire reste incomplet, ne pas cliquer sur « ENVOYER », vous ne pourriez plus accéder au questionnaire et la saisie serait entièrement à refaire.

Lorsque vous cliquez sur « reprendre plus tard », un identifiant et mot de passe sont demandés, inscrivez dans ces deux champs le code d'invitation de votre département indiqué dans le tableau annexé à cette notice (il est composé des deux premières initiales ou lettres de la région et du numéro de département, ex. : pour le Rhône RA69).

Une adresse email est également demandée : nous vous conseillons d'indiquer celle de la personne désignée dans votre département pour coordonner les réponses au questionnaire et qui sera chargée de la validation finale du questionnaire.

À l'issue de cette procédure, un email sera envoyé à la personne désignée pour coordonner les réponses au questionnaire, avec le lien URL vers le questionnaire en cours, ainsi que les identifiants. Ce message sera transmis aux partenaires pour leur permettre de se connecter à l'enquête en cours.

Pour compléter le questionnaire

Soit vous disposez du message précédemment cité et vous pouvez cliquez sur l'adresse URL pour accéder directement au questionnaire.

Sinon vous vous connectez à l'adresse suivante :

http://enqueteur.dgaln.developpement-durable.gouv.fr/index.php ?sid=35564&lang=fr

Cliquez, en bas de page à gauche, sur « charger un questionnaire non terminé ». L'identifiant et le mot de passe créés par la première personne connectée sont alors demandés. S'il a respecté les consignes de cette notice, ce sera le code d'invitation de votre département indiqué dans le tableau annexé à cette notice.

Vous pouvez ensuite compléter les saisies déjà effectuées.

À la fin de cette saisie, cliquez sur « Reprendre plus tard ».

RQ : veuillez noter que les questions qui comportent une astérisque, sont des questions auxquelles il faut obligatoirement apporter une réponse. Si vous n'y répondez pas, vous ne pourrez pas passer à la question suivante.

Validation finale de l'enquête

Lorsque l'enquête est complète, informez la DREAL dont dépend votre département qui effectuera la validation définitive du questionnaire en cliquant sur « ENVOYER ». C'est à compter de cette validation que votre réponse sera effective, et vous ne pourrez plus modifier ou compléter vos réponses.

En cas de question ou d'erreur de manipulations, vous pouvez nous contacter :

Laure BECQUE-CORCOS au 01-40-81-91-25.

Fabrice TASTET au 01-40-81-98-28.

Anne PILLEBOUT au 01-40-56-46-52. ou Corinne DROUGARD au 01-40-56-50-96.

ANNEXE 3

Enquête habitat indigne 2014

Enquête habitat indigne 2014

La lutte contre l'habitat indigne reste une priorité majeure de l'Etat. Elle est au cœur de la loi n°2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR).

Par note circulaire en date du 8 juillet 2010, le Délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées (DIHAL) a précisé les trois axes d'intervention prioritaires à déployer au niveau local : le pilotage des pôles départementaux de lutte contre l'habitat indigne (PDLHI), la prise et le suivi des arrêtés préfectoraux ainsi que l'accompagnement des collectivités territoriales. Une note circulaire du DIHAL en date du 8 mars 2012 est venue préciser les orientations attendues des pôles départementaux afin de renforcer l'action publique contre l'habitat indigne. Ainsi, depuis plusieurs années, l'enquête annuelle menée auprès des services déconcentrés et des Agences régionales de santé (ARS), permet d'apprécier les avancées réalisées, d'identifier les difficultés et les blocages persistants, les pistes de progrès et les perspectives d'actions. Pour les services chargés du logement, l'enquête annuelle a vocation à alimenter le dialogue de gestion, les études d'impacts des textes législatifs et réglementaires, ainsi que des nouvelles mesures proposées.

L'enquête qui vous est adressée porte sur le traitement de l'habitat indigne y compris le saturnisme pour l'année 2014. Cette année, des questions spécifiquement dédiées à la mise en œuvre de l'article 75 de la loi ALUR ont été intégrées. Cette enquête est donc composée de neuf groupes de questions : 1/ Organisation de la lutte contre l'habitat indigne (LHI), 2/ Outils dédiés à la LHI, 3/ Moyens dédiés à la LHI, 4/ Mise en œuvre de l'article 75 de la loi ALUR, 5/ Bilan des procédures LHI – Procédures relatives au code de la santé publique (CSP), 6/ Bilan des procédures LHI - saturnisme – 7 / Bilan des procédures de gestion du risque amiante dans les immeubles bâtis – 8/ Bilan des procédures LHI - procédures mises en œuvre par le maire, 9/ Bilan des procédures LHI - procédures « Letchimy » mises en œuvre dans les départements d'outre-mer (DOM).

Le questionnaire de l'enquête 2014 a été allégé conformément à la recommandation du Secrétariat Général du Gouvernement. Le nombre de questions a été réduit : il était de 83 questions en 2014, il est de 49 cette année. Il prend en compte les réponses apportées par ailleurs par l'observatoire de repérage et de traitement de l'habitat indigne (ORTHI) et les éléments du contrat de budget opérationnel de programme (BOP). Le but à terme, une fois qu'ORTHI sera complètement opérationnel, est d'avoir une enquête très restreinte. Seuls les services ayant renseigné exhaustivement ORTHI sont dispensés des questions relatives au bilan des procédures LHI.

Un seul questionnaire doit être créé et complété par département. Afin d'assurer une réponse à l'ensemble du questionnaire, une coordination à l'échelle du département, via le pôle départemental de lutte contre l'habitat indigne, est recommandée. La validation finale des réponses de chaque département est confiée à la direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL), cette dernière devant se coordonner avec les ARS et les services communaux d'hygiène et de santé (SCHS), visées au 3 ième alinéa de l'article L 1422-1 du CSP. En effet, les ARS et les SCHS ont notamment vocation à prendre en charge les parties relatives aux procédures d'insalubrité relatives aux hébergements, relogements et travaux d'office, en lien notamment avec les directions départementales des territoires (DDT) et les directions départementales de la cohésion sociale (DDCS).

Avant de commencer à répondre, consultez vos partenaires afin de compléter le questionnaire pré-existant le cas échéant. L'annexe 1 et le tableau annexé au message de diffusion vous permettent d'assurer une réponse conjointe entre les différents acteurs départementaux. Au cours du remplissage, enregistrez impérativement vos réponses à la fin de chaque page pour éviter les ressaisies : cet enregistrement s'effectue lorsque vous cliquez sur "reprendre plus tard". Une fois votre questionnaire complété, informez en la DREAL et communiquez lui votre identifiant et mot de passe afin qu'elle assure la validation finale des questionnaires de son territoire. Nous vous remercions de valider les questionnaires avant le 14 septembre 2015.

En cas de besoin, vos contacts sont :

Pour la DHUP-PH3 :

Laure BECQUE-CORCOS – tél. : 01 40 81 91 25, fax 01 40 81 91 00 - mél : laure.becque-corcos@developpement-durable.gouv.fr ;

Fabrice TASTET - tél. : 01 40 81 98 28, fax 01 40 81 91 00 - mél : fabrice.tastet@developpement-durable.gouv.fr ;

Pour la DGS – EA2 :

Anne PILLEBOUT et Corinne DROUGARD – tél : 01 40 56 46 52 et 50 96, fax: 01 40 56 50 56 - mél: anne.pillebout@sante.gouv.fr, corinne.drougard@sante.gouv.fr;

Pour la DIHAL - PNLHI :

Michel POLGE – tél.: 01 40 81 32 21, fax : 01.40.81.34.90, mél : michel.polge@developpement-durable.gouv.fr

Susanne KULIG – tèl. : 01 40 81 34 19, fax : 01.40.81.34.90, mél : susanne.kulig@developpement-durable.fr

Il y a 51 questions dans ce questionnaire

Organisation de la lutte contre l'habitat indigne

1 Nom du département enquêté [liste des départements] *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ 001 Ain
- ◯ 002 Aisne
- ◯ 003 Allier
- ◯ 004 Alpes de Hautes-Provence
- ◯ 005 Hautes-Alpes
- ◯ 006 Alpes-Maritimes
- ◯ 007 Ardèche
- ◯ 008 Ardennes
- ◯ 009 Ariège
- ◯ 010 Aube
- ◯ 011 Aude
- ◯ 012 Aveyron
- ◯ 013 Bouches-du-Rhône
- ◯ 014 Calvados
- ◯ 015 Cantal
- ◯ 016 Charente
- ◯ 017 Charente-Maritime
- ◯ 018 Cher
- ◯ 019 Corrèze
- ◯ 021 Côte-d Or
- ◯ 022 Côtes d Armor
- ◯ 023 Creuse
- ◯ 024 Dordogne
- ◯ 025 Doubs
- ◯ 026 Drôme
- ◯ 027 Eure
- ◯ 028 Eure-et-Loir
- ◯ 029 Finistère
- ◯ 030 Gard
- ◯ 031 Haute-Garonne
- ◯ 032 Gers
- ◯ 033 Gironde
- ◯ 034 Hérault
- ◯ 035 Ille-et-Vilaine
- ◯ 036 Indre
- ◯ 037 Indre-et-Loire
- ◯ 038 Isère
- ◯ 039 Jura

- ◯ 040 Landes
- ◯ 041 Loir-et-Cher
- ◯ 042 Loire
- ◯ 043 Haute-Loire
- ◯ 044 Loire-Atlantique
- ◯ 045 Loiret
- ◯ 046 Lot
- ◯ 047 Lot-et-Garonne
- ◯ 048 Lozère
- ◯ 049 Maine-et-Loire
- ◯ 050 Manche
- ◯ 051 Marne
- ◯ 052 Haute-Marne
- ◯ 053 Mayenne
- ◯ 054 Meurthe-et-Moselle
- ◯ 055 Meuse
- ◯ 056 Morbihan
- ◯ 057 Moselle
- ◯ 058 Nièvre
- ◯ 059 Nord
- ◯ 060 Oise
- ◯ 061 Orne
- ◯ 062 Pas-de-Calais
- ◯ 063 Puy-de-Dôme
- ◯ 064 Pyrénées-Atlantiques
- ◯ 065 Hautes-Pyrénées
- ◯ 066 Pyrénées-Orientales
- ◯ 067 Bas-Rhin
- ◯ 068 Haut-Rhin
- ◯ 069 Rhône
- ◯ 070 Haute-Saône
- ◯ 071 Saône-et-Loire
- ◯ 072 Sarthe
- ◯ 073 Savoie
- ◯ 074 Haute-Savoie
- ◯ 075 Paris
- ◯ 076 Seine-Maritime
- ◯ 077 Seine-et-Marne
- ◯ 078 Yvelines
- ◯ 079 Deux-Sèvres

- ○ 080 Somme
- ○ 081 Tarn
- ○ 082 Tarn-et-Garonne
- ○ 083 Var
- ○ 084 Vaucluse
- ○ 085 Vendée
- ○ 086 Vienne
- ○ 087 Haute-Vienne
- ○ 088 Vosges
- ○ 089 Yonne
- ○ 090 Territoire-de-Belfort
- ○ 091 Essonne
- ○ 092 Hauts-de-Seine
- ○ 093 Seine-Saint-Denis
- ○ 094 Val-de-Marne
- ○ 095 Val-d Oise
- ○ 971 Guadeloupe
- ○ 972 Martinique
- ○ 973 Guyane
- ○ 974 La Réunion
- ○ 02A Corse-du-Sud
- ○ 02B Haute-Corse
- ○ 976 Mayotte

2 Veuillez préciser le nom et la fonction de la personne de l'ARS dans votre département qui a répondu au questionnaire

Veuillez écrire votre réponse ici :

3

Veuillez préciser le nom de la personne de la DDT qui a répondu au questionnaire

Veuillez écrire votre réponse ici :

4 Veuillez préciser le nom de la personne de la préfecture qui a répondu à ce questionnaire

Veuillez écrire votre réponse ici :

5 Qui participe aux travaux du PDLHI et quelle est la structure qui assure le pilotage ?

	Participe	Pilote
Préfecture	☐	☐
DDT	☐	☐
Délégation territoriale de l'Anah	☐	☐
DDCS	☐	☐
ARS	☐	☐
SCHS	☐	☐
MSA	☐	☐
CAF	☐	☐
ADIL	☐	☐
Conseil général	☐	☐
Justice	☐	☐

Outils dédiés à la lutte contre l'habitat indigne

6 Combien d'études de repérage de l'habitat indigne sont en cours dans votre département ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

0 si aucune

7 Pour ces études, quel est le cadre ou l'objectif (préciser dans le champ commentaire le nombre):

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
° La réponse était supérieure ou égale à '1' à la question '6' (Combien d'études de repérage de l'habitat indigne sont en cours dans votre département ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ OPAH
- ☐ PIG
- ☐ PDALHPD
- ☐ PDH
- ☐ PLH
- ☐ AUTRE

8 Pour ces études, quels sont les maîtres d'ouvrage (préciser dans le champ commentaire le nombre) :

Répondre à cette question seulement si les conditions suivantes sont réunies :
° La réponse était supérieure ou égale à '2' à la question '6' (Combien d'études de repérage de l'habitat indigne sont en cours dans votre département ?)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ DREAL
- ☐ DDT
- ☐ ARS
- ☐ CR
- ☐ CG
- ☐ EPCI
- ☐ Commune

9 Quelles sont les sources des données utilisées ?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ CD Rom PPPI
- ☐ Intranet Filocom
- ☐ Fichier foncier des services fiscaux
- ☐ Fichier CAF (indécence ...)
- ☐ Fichier du FSL
- ☐ Fichier issu de la gestion du DALO
- ☐ Fichier issu de la gestion des procédures d'insalubrité (@riane-Habitat ou PHI)
- ☐ Fichier issu de l'activité Anah (OP@L)
- ☐ Fichier issu de bases de données locales
- ☐ Orthi
- ☐ Outil de pré-repérage des copro.
- ☐ Autre (préciser)

10 Utilisez-vous @riane-Habitat ou PHI pour gérer les dossiers d'habitats insalubre ou de saturnisme ? *

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ○ Oui
- ○ Non
- ○ En partie

11 Pour quelles actions et pour quels usages utilisez-vous Orthi?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Repérage (OPAH-DALO)
- ☐ Infraction RSD
- ☐ CREP
- ☐ Saturnisme
- ☐ Mise en sécurité (art. 129-3-CCH)
- ☐ Insalubrité
- ☐ Péril
- ☐ Surpopulation
- ☐ Locaux impropres
- ☐ Autre

12 La LHI est-elle intégrée dans un document de programmation ou de planification?

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ Plan Départemental LHI
- ☐ PDALHPD
- ☐ Plan Départemental LHI dans le cadre du PDALHPD
- ☐ PDH
- ☐ PLH
- ☐ Protocole LHI Etat/CT

Moyens dédiés à la lutte contre l'habitat indigne

Les données relatives aux ETP DDT et DREAL consacrés à la LHI sont remplies par le services dans SALSA et n'ont donc pas besoin d'être sollicités via cette enquête

13 Quels sont les moyens dédiés à la LHI en préfecture ? [ETP LHI en 2014]

Veuillez écrire votre réponse ici :

14 Quels sont les moyens dédiés à la LHI dans la DT ARS ?

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

ETP LHI, incluant le saturnisme, en 2014	
dont ETP spécifique saturnisme en 2014	

15 Quels sont les moyens dédiés à la LHI dans les DDCS ? [ETP LHI en 2014]

Veuillez écrire votre réponse ici :

16 Quels sont les moyens dédiés à la LHI dans les ARS Siège (hors ETP DT ARS) ? [ETP LHI en 2014]

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

ETP LHI, incluant le saturnisme, en 2014	
ETP spécifique saturnisme en 2014	

Cette question concerne uniquement les départements avec le siège de l'ARS sur leur territoire.

17 Quels sont les moyens dédiés à la LHI par SCHS du département ? [ETP LHI en 2014]

	SCHS1	SCHS2	SCHS3	SCHS4	SCHS5	SCHS6	SCHS7	SCHS8
ETP LHI, incluant le saturnisme, en 2014								
ETP spécifique saturnisme en 2014								

18 Dans votre département, la CAF intervient-elle en matière de :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ repérage
- ☐ accompagnement du bailleur pour l'inciter à faire les travaux en cas de logements non décents
- ☐ information du bailleur sur les aides mobilisables
- ☐ autre

19 Dans votre département, la MSA intervient-elle en matière de :

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent et laissez un commentaire :

- ☐ repérage
- ☐ accompagnement du bailleur pour l'inciter à faire des travaux en cas de logements non décents
- ☐ information du bailleur sur les aides mobilisables
- ☐ autre

20 La CAF externalise-t-elle les contrôles de non décence à des opérateurs?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Si oui, veuillez préciser les opérateurs.

21

Un appui spécifique est-il apporté aux communes ou aux EPCI pour un choix adapté pour la mise en oeuvre des polices LHI ?

Si oui veuillez préciser si les communes et EPCI concernés contribuent à Orthi.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ◯ Oui
- ◯ Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

Mise en oeuvre de l'article 75 de la loi ALUR - acteur unique

22

Quel est l'état des transferts prévus par l'article 75 de la loi ALUR (acteur unique)?

	Nombre	Liste d'EPCI ou de communes
Nombre de présidents d'EPCI qui exercent les polices du CCH sur la totalité de l'EPCI		
Nombre de présidents d'EPCI qui exercent sur une partie de l'EPCI		
Nombre de présidents d'EPCI qui n'exercent pas les polices du CCH		
Nombre de maires ayant transféré l'exercice de Police du CCH		

Renseigner un chiffre dans la colonne Nombre et inscrire dans la colonne Liste d'EPCI ou de communes les informations en rapport.

23 Pour les EPCI dont les présidents ont pris les prérogatives des maires, dans quelle(s) commune(s) ne les exercent-ils pas ?

Veuillez écrire votre réponse ici :

Lister toutes les communes concernées.

Bilan des procédures LHI-procédures relatives au code de la santé publique

24
L.1331-26 Insalubrité irrémédiable

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	

25 L.1331-26 Insalubrité remédiable :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
Dont nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	
Dont nombre d'arrêtés portant uniquement sur des parties communes	

26 Insalubrité urgente L1331-26-1

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total de mises en demeure en 2014 sur le département	
dont nombre de mises en demeure préparées par les SCHS	

27 Mesures d'urgences L1311-4

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total de mises en demeure en 2014 sur le département	
dont nombre de mises en demeure préparées par les SCHS	

28 L1331-22 Locaux impropres par nature à l'habitation

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total de mises en demeure sur le département	
dont nombre de mises en demeure préparées par les SCHS	

29 L.1331-23 Locaux suroccupés :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	

30 L.1331-24 Locaux dangereux en raison de l'utilisation qui en est faite :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	

31 L.1331-25 Périmètre insalubre :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont nombre d'arrêtés préparés par les SCHS	

32 Travaux d'office :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre d'opérations de travaux d'office engagées en 2014 par l'État sur des arrêtés préfectoraux	
Nombre d'opérations de travaux d'office engagées en 2014 par les communes sur des arrêtés de l'État	

33 Mainlevées : Nombre de mainlevées prises en 2014 (quelle que soit la date de l'arrêté)

Veuillez écrire votre réponse ici :

34 Nombre d'arrêtés (L.1331-26, L.1331-26-1, L.1331-22, L.1331-23, L.1331-24, L.1331-25, L 1311-4 du CSP) échus et non suivis d'effet au 31 décembre 2014

Veuillez écrire votre réponse ici :

Bilan des procédures LHI - saturnisme

35 Nombre total de nouveaux cas de saturnisme infantile signalés à l'ARS

Veuillez écrire votre réponse ici :

36 Enquêtes environnementales :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombres total d'enquêtes environnementales réalisées en 2014	
Nombre d'enquêtes environnementales réalisées en 2014 ayant mis en cause un immeuble d'habitation fréquenté régulièrement par un mineur	
Nombre d'enquêtes environnementales réalisées en 2014 ayant mis en cause un immeuble fréquenté régulièrement par un mineur, autre qu'un immeuble d'habitation	

37 Nombre total de CREP :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

reçus par l'ARS en 2014	
traités par l'ARS ou transmis pour traitement à un autre service en 2014	

38 Diagnostics :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total de diagnostics réalisés en 2014	
Nombre total de diagnostics positifs en 2014	
Nombre total de diagnostics réalisés par un opérateur certifié en 2014	

39 Nombre de mises en demeure :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre de mises en demeure de faire des travaux envoyées en 2014	
Nombre de mises en demeure ayant fait l'objet de travaux d'office en 2014	

40 Procédures et Travaux :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre de travaux réalisés (incluant ceux réalisés d'office)	
Nombre de personnes hébergées pendant les travaux	
Nombre de personnes relogées	
Coût total des travaux d'office engagés par l'Etat en 2014 sur des arrêtés de l'Etat en milliers d'euros	

41 Nombre de contrôles effectués après travaux :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre de contrôles conformes effectués après travaux	
Nombre de contrôles non conformes effectués après travaux	

Bilan des procédures de gestion du risque amiante dans les immeubles bâtis

42 Nombre d'arrêtés préfectoraux pris en 2014 en application de l'article L.1334-15 du code de la santé publique

Veuillez écrire votre réponse ici :

43 Nombre d'exécutions d'office en 2014 en application de l'article L.1334-16 du code de la santé publique

Veuillez écrire votre réponse ici :

Bilan des procédures LHI-procédures mises en œuvre par le maire

44 Avez-vous connaissance du nombre d'arrêtés de péril, relatifs aux hôtels meublés (arrêtés sécurité incendie/risque de panique), relatifs aux équipements communs pris en 2014?

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- ○ Oui
- ○ Non

Faites le commentaire de votre choix ici :

45 Dénombrement des arrêtés pris en 2014

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre d'arrêtés Péril article L. 511-1 et suivant du CCH	
Nombre d'arrêtés Hôtels meublés L. 123-3 du CCH	
Nombre d'arrêtés Equipements communs L. 129-1 à L. 129-7 du CCH	

46 Travaux d'office :

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre d'opérations de travaux d'office engagées en 2014 par les communes sur des arrêtés du maire	
Nombre d'opérations de travaux d'office engagées en 2014 par l'État sur des arrêtés de compétence du maire en substitution de celui-ci	

Bilan des procédures LHI-mise en œuvre des articles 9,10 et 11 de la loi "Letchimy" dans les DOM

47 Article 9 - Arrêtés préfectoraux instituant un périmètre insalubre adapté aux secteurs d'habitat informel

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont préparés par les SCHS	

48 Article 10 - Traitement ponctuel de l'insalubrité de locaux mis à disposition aux fins d'habitation par des personnes non titulaires de droits réels sur le terrain concernés (arrêtés préfectoraux)

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	
dont préparés par les SCHS	

49 Article 11 - Etat de péril de bâtiments édifiés par des personnes non titulaires de droits réels sur le terrain concerné et affecté à tout usage (arrêtés pris par le maire)

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

Nombre total d'arrêtés pris en 2014 sur le département	

Fin du questionnaire

50
Questionnaire en cours mais non terminé par l'ensemble des acteurs

Lorsque vous avez saisi les éléments à votre disposition mais que le questionnaire reste incomplet, ne pas cliquer sur « ENVOYER », vous ne pourriez plus accéder au questionnaire et la saisie serait entièrement à refaire.
Lorsque vous cliquez sur « reprendre plus tard », un identifiant et mot de passe sont demandés. Nous vous conseillons d'inscrire dans ces deux champs le code d'invitation précédemment décrit.
Une adresse email est également demandée, nous vous conseillons d'indiquer celle de la personne désignée dans votre département pour coordonner les réponses au questionnaire et qui sera chargée de la validation finale du questionnaire.
A l'issue de cette procédure, un email sera envoyé à la personne désignée pour coordonner les réponses au questionnaire, avec le lien URL vers le questionnaire en cours, ainsi que les identifiants. Ce message sera transmis aux partenaires pour leur permettre de se connecter à l'enquête en cours.

51 ***Questionnaire renseigné par l'ensemble des acteurs***

- **Lorsque l'enquête est complète, informez la DREAL dont dépend votre département qui effectuera la validation définitive du questionnaire en cliquant sur « ENVOYER ». C'est à compter de cette validation définitive que votre réponse sera effective, et vous ne pourrez plus modifier ou compléter vos réponses.**

  Il vous sera alors proposer d'imprimer le questionnaire (utiliser pdf creator)

Envoyer votre questionnaire.
Merci d'avoir complété ce questionnaire.

ANNEXE 4

CODES D'IDENTIFICATION DES DÉPARTEMENTS

Région	N° de département	Nom de département	Code d'invitation
RHÔNE-ALPES	1	Ain	RA01
PICARDIE	2	Aisne	PI02
AUVERGNE	3	Allier	AU03
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	4	Alpes-de-Hautes-Provence	PA04
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	5	Hautes-Alpes	PA05
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	6	Alpes-Maritimes	PA06
RHÔNE-ALPES	7	Ardèche	RA07
CHAMPAGNE-ARDENNE	8	Ardennes	CA08
MIDI-PYRÉNÉES	9	Ariège	MP09
CHAMPAGNE-ARDENNE	10	Aube	CA10
LANGUEDOC-ROUSSILLON	11	Aude	LR11
MIDI-PYRÉNÉES	12	Aveyron	MP12
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	13	Bouches-du-Rhône	PA13
BASSE-NORMANDIE	14	Calvados	BN14
AUVERGNE	15	Cantal	AU15
POITOU-CHARENTES	16	Charente	PC16
POITOU-CHARENTES	17	Charente-Maritime	PC17
CENTRE	18	Cher	CE18
LIMOUSIN	19	Corrèze	LI19
BOURGOGNE	21	Côte-d'Or	BO21
BRETAGNE	22	Côtes-d'Armor	BR22
LIMOUSIN	23	Creuse	LI23
AQUITAINE	24	Dordogne	AQ24
FRANCHE-COMTÉ	25	Doubs	FC25
RHÔNE-ALPES	26	Drôme	RA26
HAUTE-NORMANDIE	27	Eure	HN27
CENTRE	28	Eure-et-Loir	CE28
BRETAGNE	29	Finistère	BR29
LANGUEDOC-ROUSSILLON	30	Gard	LR30
MIDI-PYRÉNÉES	31	Haute-Garonne	MP31
MIDI-PYRÉNÉES	32	Gers	MP32
AQUITAINE	33	Gironde	AQ33
LANGUEDOC-ROUSSILLON	34	Hérault	LR34
BRETAGNE	35	Ille-et-Vilaine	BR35
CENTRE	36	Indre	CE36
CENTRE	37	Indre-et-Loire	CE37
RHÔNE-ALPES	38	Isère	RA38
FRANCHE-COMTÉ	39	Jura	FC39
AQUITAINE	40	Landes	AQ40
CENTRE	41	Loir-et-Cher	CE41
RHÔNE-ALPES	42	Loire	RA42
AUVERGNE	43	Haute-Loire	AU43
PAYS DE LA LOIRE	44	Loire-Atlantique	PL44

CENTRE	45	Loiret	CE45
MIDI-PYRÉNÉES	46	Lot	MP46
AQUITAINE	47	Lot-et-Garonne	AQ47
LANGUEDOC-ROUSSILLON	48	Lozère	LR48
PAYS DE LA LOIRE	49	Maine-et-Loire	PL49
BASSE-NORMANDIE	50	Manche	BN50
CHAMPAGNE-ARDENNE	51	Marne	CA51
CHAMPAGNE-ARDENNE	52	Haute-Marne	CA52
PAYS DE LA LOIRE	53	Mayenne	PL53
LORRAINE	54	Meurthe-et-Moselle	LO54
LORRAINE	55	Meuse	LO55
BRETAGNE	56	Morbihan	BR56
LORRAINE	57	Moselle	LO57
BOURGOGNE	58	Nièvre	BO58
NORD - PAS-DE-CALAIS	59	Nord	NP59
PICARDIE	60	Oise	PI60
BASSE-NORMANDIE	61	Orne	BN61
NORD - PAS-DE-CALAIS	62	Pas-de-Calais	NP62
AUVERGNE	63	Puy-de-Dôme	AU63
AQUITAINE	64	Pyrénées-Atlantiques	AQ64
MIDI-PYRÉNÉES	65	Hautes-Pyrénées	MP65
LANGUEDOC-ROUSSILLON	66	Pyrénées-Orientales	LR66
ALSACE	67	Bas-Rhin	AL67
ALSACE	68	Haut-Rhin	AL68
RHÔNE-ALPES	69	Rhône	RA69
FRANCHE-COMTÉ	70	Haute-Saône	FC70
BOURGOGNE	71	Saône-et-Loire	BO71
PAYS DE LA LOIRE	72	Sarthe	PL72
RHÔNE-ALPES	73	Savoie	RA73
RHÔNE-ALPES	74	Haute-Savoie	RA74
ÎLE-DE-FRANCE	75	Paris	IF75
HAUTE-NORMANDIE	76	Seine-Maritime	HN76
ÎLE-DE-FRANCE	77	Seine-et-Marne	IF77
ÎLE-DE-FRANCE	78	Yvelines	IF78
POITOU-CHARENTES	79	Deux-Sèvres	PC79
PICARDIE	80	Somme	PI80
MIDI-PYRÉNÉES	81	Tarn	MP81
MIDI-PYRÉNÉES	82	Tarn-et-Garonne	MP82
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	83	Var	PA83
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	84	Vaucluse	PA84
PAYS DE LA LOIRE	85	Vendée	PL85
POITOU-CHARENTES	86	Vienne	PC86
LIMOUSIN	87	Haute-Vienne	LI87
LORRAINE	88	Vosges	LO88
BOURGOGNE	89	Yonne	BO89
FRANCHE-COMTÉ	90	Territoire de Belfort	FC90
ÎLE-DE-FRANCE	91	Essonne	IF91
ÎLE-DE-FRANCE	92	Hauts-de-Seine	IF92
ÎLE-DE-FRANCE	93	Seine-Saint-Denis	IF93
ÎLE-DE-FRANCE	94	Val-de-Marne	IF94

ÎLE-DE-FRANCE	95	Val-d'Oise	IF95
DOM	971	Guadeloupe	D971
DOM	972	Martinique	D972
DOM	973	Guyane	D973
DOM	974	La Réunion	D974
DOM	976	Mayotte	D976
CORSE	02A	Corse-du-Sud	CO2A
CORSE	02B	Haute-Corse	CO2B

SANTÉ

PHARMACIE

Pharmacie humaine

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 16 juillet 2015 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical (*JO*RF du 22 juillet 2015)

NOR : *AFSP1517344A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 4211-5, L. 5232-3 et R. 4211-15 ;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant les listes des matériels et services prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique,

Arrête :

Art. 1er. – Les principes de bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical sont définis en annexe du présent arrêté (1).

Art. 2. – Les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 du code de la santé publique et fixant la liste des matériels et services prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique ne s'appliquent pas aux prestataires de service autorisés à dispenser de l'oxygène à usage médical dans les conditions prévues à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique pour les dispositifs médicaux d'oxygénothérapie appartenant à la catégorie I mentionnée à l'article 2 dudit arrêté.

Art. 3. – Le présent arrêté entre en vigueur un an après sa publication, afin de permettre aux personnes morales mentionnées à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique et aux officines de pharmacie de se mettre en conformité avec les dispositions du présent arrêté.

Art. 4. – L'arrêté du 17 novembre 2000 relatif aux bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical est abrogé à compter de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Art. 5. – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 16 juillet 2015.

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

(1) L'annexe sera publiée au *Bulletin officiel* Santé-protection sociale-solidarité.

ANNEXE DE L'ARRÊTÉ RELATIF AUX BONNES PRATIQUES DE DISPENSATION À DOMICILE DE L'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL

Table des matières

Introduction

GLOSSAIRE

Chapitre 1er : ***Assurance de la qualité***
Chapitre 2 : ***Pharmacien et personnel***
Chapitre 3 : ***Locaux et matériel***
Chapitre 4 : ***Sécurité***
Chapitre 5 : ***Dispensation à domicile***
Chapitre 6 : ***Traçabilité, réclamations et rappels***
Chapitre 7 : ***Sous-traitance***
Chapitre 8 : ***Vigilances et gestion des risques***

Annexe I. – Contrat de sous-traitance
Annexe II. – Adresses Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
Annexe III. – Proposition de programme de formation
Annexe IV. – Risques généraux liés à l'oxygène à usage médical

Introduction

La dispensation à domicile des gaz à usage médical est réservée aux pharmaciens d'officine et, par dérogation au monopole pharmaceutique, aux structures autorisées à cette fin au titre de l'article L. 4211-5 du code de la santé (CSP) publique par l'agence régionale de santé (ARS) dont elles relèvent, et effectuant cette activité sous la responsabilité d'un pharmacien formé aux présentes bonnes pratiques inscrit à l'ordre des pharmaciens, dites structures dispensatrices d'oxygène à usage médical.

L'article L. 5121-5 du CSP prévoit que la dispensation des médicaments, y compris l'oxygène à usage médical, est réalisée en conformité avec des bonnes pratiques dont les principes sont définis par arrêté du ministre chargé de la santé. Lorsqu'un pharmacien d'officine ou gérant de pharmacie mutualiste ou minière exerce une activité de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, il doit en faire la déclaration dans les conditions prévues à l'article R. 5125-12 du code de la santé publique.

Les présentes bonnes pratiques concernent l'oxygène à usage médical. Elles pourront être complétées en tant que de besoin pour fixer des dispositions concernant d'autres gaz à usage médical.

Les bonnes pratiques s'appliquent à la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical et aux dispositifs médicaux d'oxygénothérapie associés à cette dispensation.

L'autorisation de dispenser de l'oxygène à usage médical à domicile est accordée au site de rattachement de la structure dispensatrice d'oxygène, par le directeur général de l'agence régionale de santé de la région où se situe le site de rattachement des personnes intervenant au domicile des patients, sur l'aire géographique desservie à partir de ce site. Ce site de rattachement peut disposer au maximum de trois sites de stockage annexes, lesquels doivent être implantés sur l'aire géographique desservie et ne desservir que celle-ci.

Le dossier de demande d'autorisation est déposé par une structure dispensatrice pour un site de rattachement considéré. Il doit mentionner l'ensemble des éléments listés par instruction ministérielle, notamment l'ensemble des locaux dans lesquels le site de rattachement exerce son activité et leur localisation. Un plan côté des locaux est joint à la demande ainsi qu'un descriptif des équipements, y compris des véhicules de livraison. La demande doit préciser l'aire géographique desservie. L'aire géographique doit permettre l'intervention des techniciens au domicile des patients, à partir du site de rattachement, dans un délai maximum de trois heures de route, en conditions usuelles de circulation. La demande doit également préciser le nombre de patients prévus.

La demande doit décrire l'organisation, les moyens et les procédures mises en œuvre pour respecter les dispositions des bonnes pratiques. Sont également mentionnés les éventuels contrats de sous-traitance concernant l'activité de dispensation de l'oxygène à usage médical. Lorsque le site de rattachement dispose d'un site de stockage annexe, celui-ci est indiqué dans le dossier de demande avec mention des opérations qui y sont réalisées, et description des conditions de fonctionnement.

Lorsqu'un site de stockage annexe concerne une région administrative différente de celle du site de rattachement, une copie du dossier de demande est adressée à l'agence régionale de santé de cette autre région, pour information. La copie de l'autorisation mentionnant ce site annexe sera transmise aux ARS concernées.

Le transfert total ou partiel des activités de dispensation de l'oxygène à usage médical réalisées sur le site de rattachement vers d'autres locaux, quelle que soit la distance de ce transfert, n'est pas considéré comme une modification de l'autorisation initiale. Elle est instruite comme une nouvelle demande. Cette opération doit faire l'objet d'une autorisation préalable après dépôt d'une demande dans les conditions des alinéas précédents. La précédente autorisation attachée aux anciens locaux fait l'objet d'une abrogation dès leur fermeture.

Toute modification substantielle concernant l'agencement des locaux où se déroule l'activité liée à la dispensation de l'oxygène à usage médical, sur un site de rattachement, est subordonnée à l'autorisation préalable du directeur général de l'Agence régionale de la santé ayant donné l'autorisation. La demande de modification est accompagnée des documents suivants :

– un plan coté des locaux ;

– une description des activités et des modifications envisagées.

L'installation d'un site de stockage annexe est soumise à autorisation préalable, après dépôt d'une demande précisant, outre son adresse physique, les opérations qui y sont envisagées, un plan côté des locaux et une description des équipements et aménagements, ainsi que ses conditions de fonctionnement.

Toute autre modification qui affecterait les éléments sur la base desquels l'autorisation a été délivrée doit faire préalablement l'objet d'une déclaration au directeur général de l'agence régionale de santé. Ainsi, le contrat de travail du pharmacien responsable, les contrats de sous-traitance conclus postérieurement à l'octroi de l'autorisation doivent être conservés sur le site de rattachement et tenus à la disposition des autorités de contrôle. Par ailleurs, sans préjudice des formalités obligatoires liées à l'inscription au tableau de l'ordre des pharmaciens, le changement de pharmacien responsable de la structure dispensatrice et de chaque site de rattachement est déclaré sans délai à l'ARS ainsi qu'à la section compétente de l'ordre dont il relève.

Lorsque l'aire géographique desservie par le site de rattachement concerne une région administrative différente de celle du site de rattachement, une copie de l'autorisation est adressée à l'agence régionale de santé de cette autre région. De même, l'agence régionale de santé de cette région est destinataire de la part du demandeur des déclarations relatives aux modifications qui toucheraient l'autorisation initiale et qui la concerneraient.

Les personnes morales mentionnées à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique peuvent avoir plusieurs sites de rattachement. Dans ce cas, chaque site fait l'objet d'une autorisation individuelle, au titre de la dispensation de l'oxygène à usage médical.

Ce document ne reprend pas les autres réglementations auxquelles sont soumises les activités correspondantes, notamment aux établissements classés pour la protection de l'environnement, au code du travail et au transport des matières dangereuses. Ces réglementations s'appliquent sans préjudice des obligations précisées dans le présent document.

Ces bonnes pratiques s'appliquent aux personnes morales et officines susmentionnées sans préjudice du respect des dispositions relatives au décret n° 2006-1637 du 19 décembre 2006 relatif aux prestataires de services et distributeurs de matériel, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap.

Le respect du libre choix du praticien et du pharmacien par le malade est un principe fondamental de la législation sanitaire inscrit à l'article L. 1110-8 du code de la santé publique ainsi que dans le code de déontologie des pharmaciens (art. R. 4235-21 du code de la santé publique). Ce principe s'applique aussi au choix du prestataire, y compris pour les patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sans pharmacie à usage intérieur.

GLOSSAIRE

Les définitions données ci-dessous s'appliquent aux termes tels qu'utilisés dans ce guide. Ils peuvent avoir d'autres significations dans d'autres contextes.

Aire géographique : territoire desservi par un site de rattachement. L'aire géographique doit permettre l'intervention, à partir du site de rattachement au domicile des patients, dans un délai maximum de trois heures de route, dans les conditions habituelles de circulation. L'aire géographique est précisée dans la demande d'autorisation prévue par l'article L.4211-5 du code de la santé publique. Toute modification de l'aire géographique doit faire l'objet d'une autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de santé compétente après avis du conseil de l'ordre des pharmaciens compétent.

Analyse de risque : l'analyse du risque consiste à utiliser systématiquement une information disponible afin de déterminer la fréquence d'événements particuliers et l'importance de leurs conséquences, et à mettre en œuvre les mesures adaptées. L'analyse de risque sera fondée sur une méthode reconnue permettant d'évaluer si le mode de défaillance est critique.

Auto-inspection : examen détaillé et périodique des conditions et procédures de travail en usage en vue de vérifier leur niveau d'application pris à l'initiative de la structure.

Balayage : opération consistant à chasser le gaz résiduel d'un réservoir cryogénique par injection du gaz destiné à être contenu dans ce réservoir.

Bouteille d'oxygène médicinal : récipient destiné à recevoir de l'oxygène médicinal sous forme comprimée, à température ordinaire et à haute pression.

Centre régional de pharmacovigilance : constitué au sein d'une structure de pharmacologie, de pharmacologie clinique ou de toxicologie clinique d'un établissement public de santé, il participe à l'organisation officielle et décentralisée de la pharmacovigilance. Il est agréé par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Code couleur d'une bouteille de gaz à usage médical : il est spécifié par une norme européenne NF EN 1089-3.

Concentrateur d'oxygène : dispositif médical électrique qui, par élimination sélective, permet une production d'air enrichi en oxygène sur le lieu d'utilisation, à partir de l'air ambiant et conduit à une concentration en oxygène dans le gaz produit qui ne peut être inférieure à 90 % (*cf.* recommandation de bon usage des technologies de santé de la Haute Autorité de santé « oxygénothérapie à long terme » – mai 2012). C'est un dispositif médical. Il peut être associé à un surpresseur pour le remplissage des bouteilles de déambulation.

Consommable : tout dispositif médical utilisé pour la dispensation de l'oxygène (masque, tubulure, humidificateur…)

Contamination : introduction dans un produit donné d'une substance étrangère. La contamination peut être d'origine chimique, particulaire ou microbiologique.

Contamination croisée : contamination d'un produit donné par un autre produit, l'autre produit étant à son tour contaminé par le premier.

Délégation de tâches : sous la responsabilité du pharmacien responsable, certaines missions peuvent être déléguées à du personnel dûment formé et habilité par le pharmacien responsable, comme par exemple la préparation de la commande d'oxygène, la réception et la livraison de l'oxygène. Elle doit faire l'objet d'un document écrit signé par les deux parties.

Détendeur ou manodétendeur : dispositif médical de réduction de la pression d'oxygène médicinal.

Détendeur-débilitre : dispositif médical de réduction de la pression d'oxygène médicinal comportant un dispositif de réglage et une indication de débit.

Dispensation : la dispensation de l'oxygène à usage médical est l'acte pharmaceutique associant la délivrance de l'oxygène à usage médical à :

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

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

Dispositif médical : « … tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. » (Art. L. 5211-1 du code de la santé publique).

« Ces dispositifs sont destinés à être utilisés à des fins :

« 1° De diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie ;

« 2° De diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap ;

« 3° D'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique ;

« 4° De maîtrise de la conception ». (Art. R. 5211-1 du code de la santé publique).

Les dispositifs médicaux doivent répondre aux exigences du code de la santé publique.

Distribution en vue de la dispensation : toutes les opérations concourant à la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical depuis l'approvisionnement jusqu'à la délivrance au patient.

Document qualité : tout document du système documentaire utilisé dans le cadre du système d'assurance qualité mis en place (procédure, instruction, mode opératoire, spécification, document d'enregistrement).

Domicile : le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence, y compris temporaire, ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles, ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

Effet indésirable : une réaction nocive et non voulue à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150 du code de la santé publique.

Effet indésirable grave : un effet indésirable létal, ou susceptible de mettre la vie en danger, ou entraînant une invalidité ou une incapacité importante ou durable, ou provoquant ou prolongeant une hospitalisation, ou se manifestant par une anomalie ou une malformation congénitale.

Effet indésirable inattendu : un effet indésirable dont la nature, la sévérité ou l'évolution ne correspondent pas aux informations contenues dans le résumé des caractéristiques du produit.

Enquête : travail d'évaluation réalisé à la demande des autorités compétentes sous la responsabilité d'un centre régional de pharmacovigilance, en collaboration avec le(s) responsable(s) de pharmacovigilance des industriels concernés, chaque fois qu'il existe des raisons de penser qu'un risque médicamenteux doit être évalué ou réévalué.

Équivalent temps plein travaillé (ETPT) : fraction du temps de travail au prorata d'un temps complet.

Fabricant d'oxygène médicinal : titulaire de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5124-3 du code de la santé publique avec un statut de fabricant défini à l'article R. 5124-2-1° du code de la santé publique, au titre de la fabrication d'oxygène médicinal fabriqué industriellement et bénéficiant d'une AMM.

Fiche de matériovigilance : v. annexe II.

Fiche de recueil d'effet indésirable : v. annexe II.

Flexible : tuyauterie souple permettant le raccordement d'une partie d'installation fixe ou non à une partie mobile pour le transfert de l'oxygène liquide d'un récipient à un autre (camion citerne, réservoir cryogénique, etc.).

Fractionnement d'un lot : reconditionnement d'oxygène médicinal liquide dans plusieurs réservoirs de taille inférieure.

Identité : nature d'un gaz à usage médical déterminée à partir du système documentaire.

Identification : opération de vérification de la nature ou de la qualité d'un gaz à usage médical par la ou les méthodes figurant à la pharmacopée ou par toute autre méthode validée.

Installation : première mise à disposition d'oxygène médicinal ou de concentrateur produisant de l'air enrichi en oxygène à usage médical au domicile du patient.

Lot : quantité définie d'oxygène médicinal fabriqué en une opération ou en une série d'opérations, telle qu'elle puisse être considérée comme homogène.

Lot d'oxygène médicinal liquide : correspond à l'oxygène médicinal liquide contenu dans le réservoir de stockage du fabricant et destiné à être introduit dans les réservoirs ravitailleurs, puis dans les réservoirs patients par fractionnement. Ce lot est constitué après analyse complète, selon les spécifications de la pharmacopée européenne, par le fabricant.

Lot d'oxygène médicinal conditionné en bouteille : ensemble des bouteilles conditionnées pendant une même journée à partir du même lot de matière première et par les mêmes opérateurs. Ce lot est constitué après analyse complète, selon les spécifications de la monographie de la pharmacopée européenne, par le fabricant.

Maintenance (définition norme AFNOR NFX60-010) : ensemble des actions permettant de maintenir ou de rétablir un bien dans un état spécifié, ou dans un état où il est en mesure d'assurer un service déterminé. Celles-ci comprennent la maintenance préventive (maintenance effectuée dans l'intention de réduire la probabilité de défaillance d'un bien ou la dégradation d'un service rendu) et la maintenance corrective (maintenance effectuée après défaillance).

Notificateur : tout personnel de santé, tout patient ou toute association de patients, ayant constaté un effet indésirable présumé d'un médicament et qu'il transmet à un centre de pharmacovigilance (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « loi HPST » et décret n° 2011-655 du 10 juin 2011).

Numéro de lot : combinaison caractéristique de chiffres ou de lettres ou de chiffres et de lettres qui identifie spécifiquement un lot.

Organigramme du site de dispensation : représentation schématique des liens hiérarchiques et fonctionnels entre les pharmaciens et le personnel intervenant dans la dispensation de l'oxygène à domicile, y compris les dirigeants du site de dispensation.

Oxygène à usage médical : recouvre dans le présent document deux notions : d'une part, l'oxygène médicinal sous forme gazeuse ou liquide et d'autre part, l'air enrichi en oxygène produit par concentrateur.

Oxygène liquide : oxygène refroidi au-dessous de son point de condensation, soit –182,96 °C sous la pression atmosphérique (101 325 Pa).

Oxygène médical : air enrichi en oxygène, produit par un dispositif médical (concentrateur ou concentrateur avec un surpresseur).

Oxygène médicinal : oxygène à usage médical qualifié de médicament au sens de l'article L. 5111-1 du code de la santé publique, et devant, à ce titre, bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Personnel : lorsque dans ce guide le mot « personnel » est utilisé sans autre qualificatif, il entend toutes les personnes affectées partiellement ou totalement à des opérations techniques, d'informations sur le mode de fonctionnement et les consignes de sécurité liés au matériel auprès des patients ou administratives qui ont trait au processus de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical.

Pharmacien responsable : lorsque dans ce guide le mot « pharmacien responsable » est utilisé, il s'entend comme pharmacien responsable de l'application des bonnes pratiques de dispensation de l'oxygène à usage médical à domicile : pharmacien d'officine ou de pharmacie mutualiste ou de secours minier, pharmacien responsable de structure dispensatrice ou de site de rattachement au sens de l'article L. 4211-5 du code de la santé publique.

Pharmacien adjoint d'une structure dispensatrice ou d'un site de rattachement : pharmacien qui seconde le pharmacien responsable, et qui est tenu aux mêmes obligations et est susceptible de remplacer ce dernier en cas de nécessité.

Procédure : document écrit, décrivant la manière d'accomplir une activité, les opérations à effectuer, les précautions ou les mesures à prendre dans un domaine directement ou indirectement en rapport avec la distribution ou la dispensation de l'oxygène à usage médical.

Qualification : opération destinée à démontrer qu'un matériel fonctionne correctement et donne réellement les résultats attendus.

Raccord de sortie de robinet : raccord à visser qui permet de raccorder le flexible ou le détendeur sur la bouteille. Il est normalisé et assure le détrompage. Les robinets à ergots n'ont pas de raccord de sortie, ils reçoivent un étrier.

Réservoir cryogénique : récipient destiné à stocker et/ou transporter de l'oxygène médicinal sous forme liquide, à basse température et à une pression inférieure ou égale à 15 bars. Différents types de réservoirs cryogéniques sont nécessaires à la distribution d'oxygène médicinal :

– le réservoir de stockage : fixe et de grande capacité, il est utilisé pour l'approvisionnement des réservoirs ravitailleurs ou des réservoirs patients ;
– le réservoir ravitailleur : mobile, transportable et de capacité moyenne, il est utilisé pour l'approvisionnement des réservoirs patients et/ou d'un autre réservoir ravitailleur ;
– le réservoir patient : mobile et de plus petite capacité, il est utilisé à domicile pour l'approvisionnement du patient, directement ou par l'intermédiaire d'un réservoir portable de faible capacité. La dénomination « réserve patient » peut être également utilisée pour désigner le « réservoir patient ».

Site de rattachement : site où s'effectue l'organisation de la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical sur une aire géographique autorisée par le directeur général de l'ARS, à partir duquel est effectuée la distribution en vue de la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, sur l'aire géographique considérée et où s'exerce la responsabilité pharmaceutique du pharmacien responsable du site de rattachement. C'est sur ce site que sont conservés ou consultables les documents relatifs à la dispensation de l'oxygène, notamment les documents constituant l'assurance qualité, les documents de traçabilité et les documents relatifs à la vigilance sur l'oxygène et les dispositifs médicaux associés. Ce site est celui au titre duquel l'autorisation prévue par l'article L. 4211-5 du code de la santé publique est accordée. Il peut être distinct du siège social de la structure dispensatrice si celle-ci est une personne morale.

Site de stockage annexe : lieu de stockage d'oxygène à usage médical et de dispositifs médicaux associés, dépendant d'un site de rattachement et sur lequel intervient le personnel du site de rattachement. Un site de rattachement peut comporter au maximum trois sites de stockage annexe. Ce site est déclaré dans la demande d'autorisation et mentionné dans l'autorisation. L'adjonction d'un site de stockage annexe à un site de rattachement fait l'objet d'une modification de l'autorisation du site de rattachement. Un site de stockage annexe ne peut se situer qu'au sein de l'aire géographique déclarée pour le site de rattachement. La distance entre le site de dispensation et le site de stockage annexe doit être compatible avec les exigences des présentes bonnes pratiques. Il n'entre pas en compte pour la définition de l'aire géographique du site de rattachement. Pour l'oxygène médicinal liquide, un réservoir de stockage dédié peut être situé dans l'établissement pharmaceutique se livrant à la fabrication de l'oxygène médicinal si celui-ci se trouve dans un périmètre compatible avec les exigences des présentes bonnes pratiques.

Sous-traitance : exécution par un tiers dénommé le sous traitant d'une opération ou d'une vérification pour le compte du donneur d'ordre. La sous-traitance concerne des opérations de dispensation à proprement parler. Ces activités nécessitent pour le sous-traitant d'être lui-même autorisé à dispenser à domicile l'oxygène à usage médical.

Les activités confiées à un prestataire ne nécessitant pas d'être autorisées sont appelées «opérations annexes à la dispensation».

Un contrat écrit doit être établi entre le donneur d'ordre et le sous-traitant en vue de fixer clairement les obligations et les responsabilités de chaque partie, notamment le respect des présentes bonnes pratiques par le sous-traitant.

Dans des situations exceptionnelles, le site de rattachement détenteur du réservoir de stockage peut approvisionner un autre site de rattachement, et le cas échéant une autre structure dispensatrice. Un contrat de sous-traitance écrit sera établi entre les deux structures et transmis, pour information, aux ARS concernées.

Structure dispensatrice : personne morale autorisée, en application de l'article L. 4211-5 du code de la santé publique, effectuant les opérations prévues par les bonnes pratiques. Elle peut compter plusieurs sites de rattachement. Chaque site de rattachement bénéficie d'une autorisation prévue à l'article L. 4211-5 et d'un pharmacien responsable, pour une activité sur une aire géographique donnée.

Système de garantie d'inviolabilité : dispositif permettant d'obturer la sortie du robinet d'une bouteille. Il est positionné en fin de remplissage. L'intégrité de ce système permet de garantir que la bouteille n'a pas été utilisée depuis son remplissage.

Technicien d'assistance respiratoire : personnel formé et habilité, chargé de réceptionner l'oxygène médicinal et de livrer, installer, suivre la maintenance et de reprendre le matériel médical au domicile des patients. Il est chargé d'évaluer la faisabilité technique de l'installation en toute sécurité, d'expliquer le mode de fonctionnement et les consignes de sécurité liés au matériel auprès

des patients et de leur environnement familial et social. Il est chargé d'entretenir et dépanner le matériel au domicile des patients : renouvellement des consommables, vérification de l'état du matériel de secours mis à disposition, aide à la gestion du stock de matériel dont il a la charge. Il collecte l'ensemble des renseignements administratifs nécessaires permettant de tenir le dossier administratif de chaque patient. Il exerce sous la responsabilité du pharmacien responsable du site de rattachement et est chargé de lui communiquer toutes informations ou anomalies liées à l'oxygène à usage médical.

Traçabilité : aptitude à retrouver par l'enregistrement de données l'historique de fabrication et de distribution (norme ISO 8402). Pour les officines de pharmacie, les pharmacies mutualistes et de secours minier, les structures dispensatrices, la traçabilité est à assurer depuis l'achat de l'oxygène jusqu'à la dispensation au patient.

Transfert cryogénique : opération de transvasement de l'oxygène médicinal, sous forme liquide, d'un réservoir à un autre.

Validation : confirmation par examen et apport de preuves tangibles que la mise en œuvre ou l'utilisation de tout processus, procédure, produit, activité ou système permet réellement d'atteindre les résultats escomptés (norme ISO 9000 : 2005 du 15 septembre 2005).

Visite pharmaceutique : visite effectuée auprès du patient visant à vérifier :

– la conformité à la prescription médicale ;
– la conformité de l'installation ;
– le bon fonctionnement de l'appareillage mis en place, la bonne observance du traitement ;
– le respect des consignes de sécurité ;
– l'absence de difficultés particulières perturbant le bon déroulement du traitement ;
– l'éducation du patient et son entourage.

CHAPITRE 1ER

Assurance de la qualité

1.1. *Principes*

L'assurance de la qualité représente l'ensemble des mesures prises pour s'assurer que l'oxygène à usage médical est fabriqué et/ou dispensé selon les normes de qualité requises.

Pour atteindre cet objectif :

– un responsable de l'assurance qualité doit être désigné au sein de chaque site de rattachement. Pour les sociétés possédant plusieurs sites de rattachement, cette fonction peut être mutualisée. Les documents relatifs à l'assurance de la qualité doivent être disponibles sur chaque site de rattachement par tous moyens possibles.
– un système de qualité approprié à la dispensation de l'oxygène à usage médical doit être mis en place et doit pouvoir garantir que :

1.1.1. L'oxygène médicinal dispensé a été fabriqué par des établissements pharmaceutiques autorisés qui appliquent les bonnes pratiques de fabrication applicables pour ce type de production ;

1.1.2. Les opérations de distribution en vue de la dispensation d'oxygène à usage médical sont clairement décrites, dans des procédures écrites et validées, et respectent les bonnes pratiques applicables à ces opérations ;

1.1.3. L'organigramme de la structure dispensatrice et celui de chaque site de rattachement sont établis et identifient clairement les responsabilités pharmaceutiques sur chacun des sites ;

1.1.4. Des dispositions techniques et d'organisation sont prises pour que soient correctement réalisés l'approvisionnement et la mise en œuvre de :

– l'oxygène à usage médical, (absence de rupture d'approvisionnement et qualité) ;
– tous les contenants, matériels et dispositifs médicaux nécessaires à l'administration ;

1.1.5. ous les contrôles, les qualifications et validations sont réalisés selon les normes et procédures en vigueur (oxygène à usage médical, contenants, matériels et dispositifs médicaux) ;

1.1.6. Le système documentaire est adapté ;

1.1.7. Le système de gestion des lots de l'oxygène médicinal ainsi que des contenants, matériels et dispositifs médicaux associés permet la traçabilité des lots (*cf.* chapitre 6) et leur rappel éventuel ;

1.1.8. Des simulations de rappels de lots sont organisées à une périodicité déterminée par le pharmacien responsable du site de rattachement. Les comptes-rendus de ces simulations sont conservés. L'analyse des résultats de ces simulations conduit, le cas échéant, à l'amélioration du dispositif de traçabilité ;

1.1.9. Une procédure d'auto-inspection existe et/ou des audits de la qualité évaluent régulièrement l'efficacité et l'application de ce système d'assurance de la qualité ;

1.1.10. La réponse aux situations d'urgence est assurée selon une procédure préétablie. Cette procédure d'urgence est portée à la connaissance du personnel. Des simulations de situations d'urgence sont organisées à une périodicité déterminée par le pharmacien responsable du site de rattachement. Les comptes-rendus de ces simulations sont conservés. L'analyse des résultats de ces simulations conduit, le cas échéant, à l'adaptation ou à l'amélioration de la procédure.

1.2. *Système documentaire*

Le système documentaire est un élément du système d'assurance de la qualité. Il comporte, d'une part, des procédures, des instructions, des modes opératoires et/ou des spécifications qui doivent être écrits et respectés, et, d'autre part, des enregistrements, c'est-à-dire des documents permettant de suivre la réalisation de toutes les opérations concourant à la dispensation de l'oxygène à usage médical, en apportant la preuve qu'elles ont été effectuées conformément aux procédures précitées.

1.2.1. Les opérations couvertes par le système documentaire sont au minimum les suivantes :

– la formation du personnel y compris celle du pharmacien responsable ;
– l'habilitation du personnel ;
– la tenue vestimentaire et de sécurité ;
– l'hygiène du personnel ;
– la réception de l'oxygène médicinal en provenance des fabricants et des distributeurs en gros de gaz à usage médical, ainsi que des dispositifs médicaux et accessoires en provenance de tout fournisseur ;

– l'identité, et, le cas échéant (*cf.* § 4.3.2), le contrôle de la teneur en oxygène;
– l'étalonnage des appareils;
– la maintenance des équipements;
– la vérification des dispositifs médicaux associés et le contrôle de leurs spécifications;
– le fractionnement de l'oxygène médicinal;
– le transport jusqu'au domicile du patient;
– la dispensation périodique au patient;
– la visite pharmaceutique;
– la visite à domicile des techniciens;
– l'installation du matériel au domicile du patient;
– la conduite à tenir chez des patients à risques particuliers;
– le nettoyage des locaux;
– le nettoyage et la désinfection du matériel;
– les réclamations et la gestion des non-conformités et anomalies;
– les rappels;
– les retours;
– l'auto-inspection et les audits externes;
– la pharmacovigilance et la matériovigilance;
– la réception des appels téléphoniques et le traitement de ceux-ci;
– les opérations de distribution en vue de la dispensation;
– les situations d'urgence pour le patient;
– les analyses et retour d'expérience conduisant à l'amélioration continue;
– la sous-traitance;
– la gestion des situations exceptionnelles telles que les ruptures d'approvisionnement, les aléas météorologiques ou sociaux…;
– la délivrance de l'oxygène médical à usage médical.

1.2.2. Les documents qualité du système d'assurance de la qualité doivent être soigneusement conçus, rédigés et maintenus à jour. Ils doivent être validés, adaptés aux particularités de chaque site de rattachement, comporter un numéro de version et être datés et signés par le pharmacien responsable de chaque site de rattachement avant d'être remis au personnel. La prise de connaissance par le personnel doit être tracée et archivée.

1.2.3. La structure dispensatrice doit disposer de modèles de documents préétablis relatifs à l'ensemble des opérations et de documents spécifiques à la dispensation de chaque lot d'oxygène médicinal. Concernant l'oxygène liquide, ces derniers doivent permettre de retracer l'historique de chaque lot dispensé.

Concernant les bouteilles d'oxygène gazeux, les documents doivent permettre de retracer l'historique de chaque bouteille dispensée. Les documents relatifs à un lot doivent être conservés cinq ans après la fin de dispensation d'un lot. Les autres documents doivent être conservés trois ans.

1.2.4. Les modèles de documents ne doivent pas être manuscrits. Toute correction doit être datée et signée. Les documents reproduits doivent être clairs et lisibles. Le système de reproduction des documents de travail à partir des originaux doit garantir qu'aucune erreur n'est introduite.

1.2.5. Les modèles de documents doivent être révisés au moins une fois par an ou plus souvent en cas de besoin et tenus à jour. L'utilisation par inadvertance de documents périmés ne doit pas être possible.

1.2.6. Un dossier de dispensation de lot doit être constitué pour chaque lot. Il doit porter le numéro de lot de l'oxygène médicinal dispensé, ainsi que le nom et l'adresse de chaque patient destinataire.

1.2.7. Pour chaque réservoir cryogénique à l'usage d'un patient, le système documentaire doit permettre de suivre de manière chronologique:

– les opérations d'entretien ou de réparation;
– le numéro de lot de l'oxygène médicinal liquide contenu dans ce réservoir et le nom et l'adresse du patient;
– le lieu où il se trouve.

1.2.8. Pour chaque réservoir cryogénique de grande capacité (réservoirs embarqués, réservoirs fixes), le système documentaire doit permettre de suivre de manière chronologique :

– les opérations d'entretien ou de réparation ;
– le numéro de lot de l'oxygène médicinal liquide contenu dans ce réservoir ;
– le lieu où il se trouve.

1.3. *Auto-inspection*

Principe

L'auto-inspection fait partie du système d'assurance de la qualité et doit être réalisée de façon répétée en vue de contrôler la mise en œuvre et le respect des présentes bonnes pratiques.

1.3.1. Des auto-inspections doivent être conduites, de façon indépendante et approfondie selon une procédure écrite par des personnes compétentes et désignées à cet effet.

Ces auto-inspections sont effectuées à intervalles réguliers, au minimum une fois par an, suivant un programme préétabli.

Elles ont pour but de vérifier le respect des bonnes pratiques et leur adaptation à la structure notamment :

– la conformité des locaux et du matériel ;
– la conformité et la tenue à jour des documents ;
– la conformité du niveau de formation des personnels ;
– le respect de l'application des procédures.

Elles font l'objet d'un compte-rendu écrit, daté et signé par chacune des personnes ayant participé à l'auto-inspection et approuvé par le pharmacien responsable.

1.3.2. Les comptes-rendus doivent contenir les observations faites pendant les auto- inspections et, le cas échéant, des propositions de mesures correctives adaptées. Un suivi de la réalisation des actions correctives doit être effectué et formalisé par le pharmacien responsable de la structure, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité.

Chapitre 2

Pharmacien et personnel

2.1. *Rôle et responsabilité du pharmacien*

La position du ou des pharmaciens est clairement identifiée dans l'organigramme du site de rattachement.

L'ensemble des opérations de distribution en vue de la dispensation de l'oxygène à usage médical est effectué sous la responsabilité du pharmacien responsable tel que défini au glossaire du site de rattachement.

Si le pharmacien responsable est également pharmacien titulaire d'une officine de pharmacie, il doit informer le directeur général de l'ARS ainsi que le président du conseil régional ou central de l'ordre dont il dépend, de son activité comme pharmacien responsable d'un site de rattachement d'une structure dispensatrice d'oxygène et doit se faire remplacer dans son officine lorsqu'il exerce dans la structure dispensatrice dans les conditions prévues à l'article R. 5125-39 du code de la santé publique. Cette double activité ne doit pas faire obstacle à l'exercice personnel du pharmacien titulaire. Le directeur général de l'ARS peut refuser qu'un pharmacien titulaire d'officine ou gérant de pharmacie mutualiste ou de secours minier soit également le pharmacien responsable d'une structure dispensatrice s'il estime que les conditions de double exercice ne sont pas réunies.

Tout changement de pharmacien responsable doit faire l'objet d'une déclaration auprès du directeur général de l'ARS de la région concernée et du président du conseil central de l'ordre des pharmaciens ou du président du conseil régional de l'ordre des pharmaciens, pour les titulaires d'officine.

En fonction de l'activité, le pharmacien responsable peut être assisté par un ou plusieurs pharmaciens adjoints, inscrits à la section D ou E de l'ordre des pharmaciens. Les responsabilités de chaque pharmacien, ainsi que leurs liens fonctionnels et hiérarchiques, sont clairement décrits dans leur fiche de poste nominative.

2.1.1. Le pharmacien responsable exerce sa responsabilité sur l'ensemble des activités du site de rattachement y compris les sites de stockage annexes, à tous les stades des opérations, depuis l'approvisionnement jusqu'à la dispensation à domicile.

Cela implique que le pharmacien responsable prend la responsabilité de la dispensation des dispositifs médicaux, dans la mesure où ceux-ci contribuent à l'administration au patient de l'oxygène à usage médical. Il est également responsable de la mise à disposition en bon état de fonctionnement des concentrateurs d'oxygène.

2.1.2. Le pharmacien responsable doit être investi à cet effet de l'autorité nécessaire. Son indépendance doit être garantie de façon à ce qu'il puisse assurer pleinement ses responsabilités.

Il doit disposer des moyens nécessaires et du personnel en nombre et en qualité suffisants.

Sans préjudice des dispositions prévues au code du travail, le pharmacien responsable du site est garant de l'application des consignes générales relatives à la santé, à l'hygiène ainsi qu'à la tenue vestimentaire du personnel.

Dans le cas où un désaccord portant sur les règles édictées dans l'intérêt de la santé publique oppose un organe de gestion, d'administration, de direction ou de surveillance d'une structure dispensatrice autre que les pharmacies d'officine, mutualistes ou de secours minier, au pharmacien responsable, celui-ci en avertit le directeur général de l'ARS de la région où se situe le site de rattachement, ainsi que le président du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens.

2.1.3. Le pharmacien responsable est garant de la mise en œuvre, du respect et de l'adaptation des présentes bonnes pratiques.

Toute anomalie dans la mise en œuvre des bonnes pratiques au niveau du site de rattachement ou du site de stockage annexe doit lui être rapportée sans délai.

2.1.4. Le pharmacien responsable est garant du respect des procédures mises en place.

Une procédure écrite définit les conditions générales de la mise à disposition de l'oxygène à usage médical au domicile des patients par le personnel du site de rattachement.

Cette procédure précise :

– qu'un pharmacien ayant suivi une formation en oxygénothérapie (*cf.* annexe III), placé sous la responsabilité du pharmacien du site de rattachement est, en cas d'urgence, joignable en permanence par tout moyen, en particulier pour aider le technicien qui s'est déplacé au domicile du patient ;

– que la prescription doit être disponible avant toute délivrance et transmise au pharmacien par tout moyen autre qu'oral, et qu'elle doit être archivée ;
– que l'analyse pharmaceutique doit être enregistrée dans tous les cas.

2.1.5. Afin d'inclure la prescription d'oxygène à usage médical dans la globalité du traitement, le pharmacien responsable du site de rattachement invite le patient à informer son pharmacien d'officine de la mise en place du traitement par oxygène à usage médical. Dans le cas où le pharmacien d'officine est donneur d'ordre, il assure la traçabilité et alimente le dossier pharmaceutique du patient sauf opposition de ce dernier.

Le pharmacien responsable s'informe des médicaments utilisés par le patient soit auprès du patient, soit auprès du pharmacien d'officine désigné par le patient, soit auprès de son médecin traitant, après accord du patient. Il vérifie, le cas échéant, qu'il n'existe pas d'interactions avec d'autres traitements. Il doit également demander tous les renseignements utiles au prescripteur.

2.1.6. Le pharmacien responsable doit effectuer une analyse de risque, afin de déterminer la nécessité d'une visite du pharmacien à domicile dans le mois qui suit l'instauration d'un traitement d'oxygénothérapie égal ou supérieur à un mois et la fréquence des visites du pharmacien au domicile du patient. Cette analyse de risques documentée sera jointe au dossier patient.

L'analyse de risques repose notamment sur les différents critères cités ci-dessous :

– la nature du traitement considéré et le profil du patient ;
– le respect des règles et procédures mises en place dans la structure ;
– les informations transmises par les techniciens d'assistance respiratoire ;
– une modification notoire de la prescription ou un changement de source d'oxygène.

À l'occasion de sa visite, le pharmacien responsable vérifie que les conditions dans lesquelles le traitement a été initié ou modifié sont conformes aux prescriptions médicales et aux présentes bonnes pratiques. Le pharmacien responsable est tenu d'actualiser régulièrement son analyse de risque.

Lors de sa visite, le pharmacien responsable s'assure que l'installation de l'oxygène à usage médical et des éventuels dispositifs médicaux associés a été convenablement effectuée et que l'information du patient et de son entourage leur a permis d'atteindre un bon niveau de compréhension du fonctionnement du matériel et des contraintes du traitement.

Le pharmacien responsable intervient au domicile du patient soit à la suite d'incident ou de tout autre motif laissé à son appréciation. Cette visite peut être effectuée soit à la demande du médecin prescripteur, du médecin traitant, du pharmacien d'officine ou d'un auxiliaire médical, soit à la suite d'un signalement du personnel de la structure dispensatrice, soit de sa propre initiative. Il peut également intervenir à la demande du patient ou de son entourage.

Le pharmacien responsable qui effectue la visite rédige un compte rendu de visite pharmaceutique (ou une attestation signée par lui-même et par le patient, ou son entourage). Ce document est transmis, en tant que de besoin, au médecin prescripteur et archivé par le pharmacien du site dans le dossier du patient.

2.1.7. Le temps minimal de présence hebdomadaire du pharmacien sur le site est au minimum de 0,25 ETPT. Il est déterminé en fonction du nombre de patients approvisionnés en oxygène à usage médical (liquide, gazeux ou produit par concentrateur) selon le tableau figurant ci-dessous :

NOMBRE DE PATIENTS	TEMPS MINIMAL DE PRÉSENCE PHARMACEUTIQUE (ETPT hebdomadaire)
0-50	0,25
51-250	0,50
251-450	0,75
451-650	1,00
Par tranche supplémentaire de 200 patients	+ 0,25

Pour les structures dispensatrices possédant plusieurs sites de rattachement, un même pharmacien peut avoir la responsabilité de plusieurs sites de rattachement sous réserve que son rayon d'intervention à partir de chaque site de rattachement n'excède pas trois heures de route et que l'ensemble de ces sites soit compris dans une zone géographique n'excédant pas trois régions administratives françaises limitrophes. Le temps minimal de présence du pharmacien est alors

évalué en fonction de l'ensemble des patients pris en charge au sein de cette zone, selon le tableau ci- dessus. Le calcul du temps de présence du pharmacien sur chaque site de rattachement se fait alors au prorata du nombre de patients sous oxygène pour chaque site.

En cas de sous-traitance, on tiendra compte du temps de travail effectué par le pharmacien donneur d'ordre et par le pharmacien du sous-traitant, afin de calculer le temps de présence hebdomadaire total du pharmacien sur le site.

Pendant le temps de présence, le pharmacien responsable effectuera les tâches de type technique, administratif et d'encadrement du personnel du site de rattachement considéré de la structure dispensatrice, mais également les visites pharmaceutiques non sous-traitées au domicile des patients appareillés.

Lorsque les visites pharmaceutiques au domicile des patients appareillés sont sous- traitées à des pharmaciens, ce dernier établit le compte rendu de la visite, le transmet, au pharmacien donneur d'ordre, accompagné d'un document précisant le temps de visite pharmaceutique.

L'absence du pharmacien responsable du site pendant son temps de présence contractuellement défini est justifiée lorsqu'elle est liée à une activité professionnelle en rapport avec le fonctionnement du site, telle les visites aux patients appareillés. Le pharmacien demeure, alors, en contact permanent avec le site afin de répondre aux exigences organisationnelles du site et d'être en mesure d'intervenir dans les délais compatibles avec les impératifs de sécurité et d'information des patients.

Le temps de présence du pharmacien responsable est calculé en fonction du nombre de patients pris en charge par les sites de rattachement au 31 décembre de l'année précédente approvisionnés en oxygène à usage médical, et minoré par le temps de visites pharmaceutiques réalisées par les pharmaciens d'officine. Ces deux informations sont déclarées annuellement au directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend le site, au plus tard le 31 mars de chaque année. Pour les nouvelles structures, le temps de présence sera calculé sur une estimation prévisionnelle pour la première année qui sera revue lors de la première déclaration annuelle d'activité. Dans le cas des structures dispensatrices possédant plusieurs sites de rattachement, chaque déclaration des sites de rattachement doit comporter, le nombre de patients pris en charge par son site et le nombre de patients des autres sites de la structure dispensatrice, sur lesquels le pharmacien responsable intervient également.

Un même pharmacien responsable peut être employé par plusieurs structures dispensatrices sous réserve que son temps total de travail ne dépasse pas les durées maximales quotidiennes et hebdomadaires de travail effectif, prévues respectivement aux articles L. 3121-34 et L. 3121-35 du code du travail.

2.1.8. Le pharmacien responsable d'un site de rattachement d'une structure dispensatrice, ainsi que ses adjoints et remplaçants, doivent avoir suivi une formation en oxygénothérapie (*cf.* annexe III).

Les pharmaciens titulaires d'officine, les pharmaciens gérants de pharmacies mutualistes et de secours minier qui dispensent de l'oxygène à usage médical à domicile, doivent également avoir suivi une telle formation.

2.1.9. Le pharmacien responsable doit être en capacité d'intervenir, pendant son temps de travail contractuellement défini, par tout moyen, y compris téléphonique auprès du personnel de son site de rattachement dans un délai de trois heures suivant l'appel d'un des membres du personnel de ce site. En dehors de son temps de travail contractuellement défini, le pharmacien responsable organise la continuité de service permettant l'intervention d'un pharmacien, sous sa responsabilité.

2.1.10. En cas d'absence supérieure à huit jours, une déclaration est effectuée auprès du directeur général de l'ARS et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens.

En cas d'absence égale ou supérieure à quatre semaines, le pharmacien responsable est remplacé par un pharmacien inscrit auprès du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens et qui a reçu une formation en oxygénothérapie (annexe III).

Une déclaration est effectuée auprès du directeur général de l'ARS et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, ainsi que, en outre-mer à la délégation correspondante. Ce remplacement ne peut excéder un an.

Lors d'une absence de moins de quatre semaines, le pharmacien responsable organise sous sa responsabilité, son remplacement par un pharmacien ayant suivi une formation en oxygénothérapie (*cf.* annexe III).

Les remplacements et leurs modalités doivent être enregistrés sur un registre dédié à cet usage, pouvant être présenté sans délai à la demande des autorités de contrôle.

Le pharmacien remplaçant assure les mêmes fonctions que le pharmacien responsable qu'il remplace. Il est soumis aux mêmes obligations que le pharmacien responsable qu'il remplace, en particulier au niveau de son inscription à l'ordre des pharmaciens pendant sa durée de remplacement, au niveau du temps de présence effective, du temps de visites aux patients ou du délai d'intervention.

2.1.11. Le pharmacien responsable du site peut être assisté d'un ou plusieurs pharmaciens adjoints pour effectuer une partie des tâches relatives à la dispensation de l'oxygène à domicile (par exemple : visites au domicile des patients, formation). Les tâches qu'ils effectuent font l'objet d'une délégation écrite.

2.1.12. Le pharmacien responsable remplit les obligations imparties aux pharmaciens en matière de pharmacovigilance et veille au respect des obligations imparties à la structure dispensatrice en matière de matériovigilance concernant les dispositifs médicaux associés à la dispensation de l'oxygène à usage médical, en liaison avec le correspondant de matériovigilance s'il est distinct.

2.2. *Personnel de la structure dispensatrice*

Principe

Pour mener à bien les tâches qui lui incombent, le personnel doit avoir suivi une formation adaptée et dont le contenu est validé par le pharmacien responsable qui en assure l'évaluation.

Les techniciens d'assistance respiratoire sont chargés des différentes opérations depuis la réception de l'oxygène et des dispositifs médicaux associés jusqu'à la dispensation au domicile du patient.

2.2.1. Formation

Une formation appropriée théorique et pratique, concernant l'oxygène à usage médical et les présentes bonnes pratiques, est assurée aux techniciens d'assistance respiratoire nouvellement engagés ou assurant une nouvelle fonction. Son contenu est validé par le pharmacien responsable.

La formation théorique doit traiter :

– des traitements à domicile par l'oxygène à usage médical ;
– des caractéristiques physiques et chimiques de ce gaz ;
– de la réglementation du médicament,
– des risques liés à l'utilisation de l'oxygène à usage médical ;
– des pathologies rencontrées chez les patients appareillés.

Elle doit faire l'objet d'une évaluation.

La formation pratique doit permettre à l'ensemble du personnel d'effectuer correctement les opérations qui lui incombent.

Les autres personnels doivent également recevoir une formation aux présentes bonnes pratiques adaptée à leur activité et validée par le pharmacien responsable du site.

Une formation à l'hygiène doit être dispensée à l'ensemble du personnel. Elle doit comporter des programmes relatifs à la santé, à l'hygiène et à la tenue vestimentaire du personnel.

Les personnels bénéficient d'une formation professionnelle continue, en particulier de remise à niveau sur les bonnes pratiques, permettant l'actualisation de leur connaissance.

À l'occasion de l'utilisation de nouveau matériel, une formation adaptée et validée par le pharmacien responsable doit être dispensée au personnel concerné.

L'ensemble des formations doit faire l'objet d'une évaluation et d'un enregistrement. Ces enregistrements sont archivés et consultables sur le site de rattachement où le personnel concerné exerce.

Un plan annuel de formation du personnel doit être établi et approuvé par le pharmacien responsable du site de rattachement : formation initiale, formation continue selon une périodicité définie.

2.2.2. Habilitation

Les techniciens d'assistance respiratoire doivent être qualifiés et habilités aux tâches qu'ils exercent dans le cadre du site de rattachement de la structure dispensatrice.

L'habilitation nominative est délivrée par le pharmacien responsable après que le technicien d'assistance respiratoire a suivi la formation qualifiante. L'habilitation doit être enregistrée et archivée.

Le niveau de compétence doit être périodiquement contrôlé pour maintenir l'habilitation. Un personnel ayant quitté plus de 3 mois ses fonctions doit suivre une remise à niveau pour reprendre ses fonctions.

CHAPITRE 3

Locaux et matériel

Principes

Les locaux doivent être situés, conçus, adaptés et entretenus de façon à convenir au mieux aux opérations qui s'y déroulent.

Leur conception, leur plan et leur agencement doivent permettre un nettoyage et un entretien garantissant la bonne conservation des produits de santé et des équipements entreposés. Leur disposition doit respecter l'ordre logique des opérations effectuées de manière à limiter les risques d'erreurs et de contamination croisée. Les différents flux ne doivent pas se croiser.

Leur agencement doit permettre également d'assurer les tâches administratives.

3.1. *Locaux*

3.1.1. Généralités

3.1.1.1. Des mesures adaptées doivent être prises pour interdire l'entrée des personnes non autorisées.

3.1.1.2. Les locaux doivent être équipés d'un système permettant d'assurer une protection contre le vol.

3.1.1.3. Les zones d'activité (réception du matériel, nettoyage, désinfection, stockage) ne doivent pas être des zones de passage pour le personnel qui n'est pas directement affecté à la dispensation de l'oxygène à usage médical.

3.1.1.4. Dès lors que les conditions d'accès aux locaux sont sécurisées, l'identification et la séparation des zones liées à l'activité de dispensation de l'oxygène à usage médical sont matérialisées par une signalétique appropriée.

3.1.1.5. L'isolation, l'éclairage, la température, l'hygrométrie et la ventilation des locaux sont appropriés pour assurer une bonne conservation de l'oxygène médicinal, des dispositifs médicaux et des appareils assurant leur contrôle.

3.1.1.6. Pour l'application de la réglementation pharmaceutique, le réservoir de stockage (réservoir cryogénique) et son contenu sont sous la responsabilité du fournisseur d'oxygène médicinal, titulaire de l'autorisation prévue à l'article L. 5124-3 du code de la santé publique. Les aménagements et l'exploitation liés au réservoir de stockage sont faits sous son contrôle et ses directives. Cependant, le pharmacien responsable du site de rattachement doit donner son avis sur l'implantation du réservoir fixe.

Tout réservoir d'oxygène liquide, en particulier s'il se trouve dans un site annexe, doit être dédié à une seule structure dispensatrice.

3.1.1.7. Les produits dont la date de péremption est proche doivent être identifiés. Les produits dont la date de péremption est dépassée doivent être retirés du stock et isolés, ils ne doivent pas être livrés s'ils sont en stock et doivent être retirés du domicile du patient s'ils ont été déjà livrés.

3.1.1.8. Les locaux doivent être régulièrement entretenus. Ils doivent être nettoyés selon des procédures écrites. Ces opérations doivent être enregistrées et archivées.

3.1.1.9. Les matériels en attente de nettoyage ou de désinfection doivent être stockés dans une zone réservée à cet effet.

3.1.1.10. Un local affecté au nettoyage et/ou à la désinfection du matériel doit être prévu et réservé à ces opérations. Cependant, lorsque cette opération est sous- traitée ou centralisée pour plusieurs structures, la présence de ce local n'est pas obligatoire.

Les revêtements des sols, murs et plafonds doivent être adaptés afin de permettre un nettoyage aisé et ne pas présenter de risque de contamination pour le matériel. De plus, leur surface doit être résistante aux produits d'entretien utilisés. La liste des équipements de protection individuelle et les fiches produits utilisés lors des opérations de désinfection doivent être mises à disposition des autorités de contrôle.

3.1.1.11. Les locaux destinés à la maintenance doivent être suffisamment spacieux pour permettre le stockage du matériel à réviser ou à réparer, des pièces détachées et des instruments nécessaires aux opérations de maintenance, dans le respect des exigences d'entretien du constructeur. Ils peuvent également recevoir du matériel non dédié à l'oxygénothérapie. Ils doivent être propres et disposer de zones distinctes pour permettre les différentes activités de maintenance.

3.1.1.12. Les locaux doivent être organisés de manière à ce que les flux de produits de santé et de matériels propres ne croisent pas les flux de produits de santé impropres à la dispensation (sales, défectueux…) dans le respect de la marche en avant.

3.1.1.13. Si la dispensation est réalisée par une officine ou une pharmacie mutualiste ou de secours minier, tous les locaux y compris le local de stockage dédié à l'oxygène à usage médical forment un ensemble d'un seul tenant. Toutefois, des lieux de stockage peuvent se trouver à proximité immédiate de l'officine ou de la pharmacie mutualiste ou de secours minier à condition de répondre aux exigences mentionnées aux articles R. 5125-9 et R. 5125-10 du code de la santé publique.

Lorsque de l'oxygène médicinal est stocké dans une officine ou une pharmacie mutualiste ou de secours minier, les locaux de stockage respectent les obligations des présentes bonnes pratiques.

3.1.2. Zone de stockage

3.1.2.1. Stockage des dispositifs médicaux d'oxygénothérapie

Les dispositifs médicaux associés à la dispensation de l'oxygène à usage médical doivent être stockés dans des conditions d'hygiène satisfaisantes, préservant l'intégrité de leur emballage, et dans des conditions de propreté adaptée, notamment à l'abri de la poussière.

Une zone distincte, isolée et identifiée doit être affectée au stockage des concentrateurs défectueux.

3.1.2.2. Stockage de l'oxygène médicinal

Les bouteilles, les réservoirs patients et les réservoirs portables doivent être stockés dans un local aéré et ventilé, propre, réservé au stockage de l'oxygène médicinal et fermant à clef. Ils doivent être protégés des risques de chocs et de chute, des sources de chaleur ou d'ignition, de températures égales ou supérieures à 50 °C, des matières combustibles et des intempéries.

Tout stockage doit prendre en compte les risques réels d'incendie et d'explosions, ainsi que ses conséquences en interne et sur les populations avoisinantes.

L'agencement des zones de stockage doit permettre la séparation des différents produits, la séparation des bouteilles vides et pleines (munies de leur garantie d'inviolabilité), l'isolement des bouteilles rappelées, et des bouteilles défectueuses et identifiées comme telles. Cet agencement en différentes zones s'applique aussi aux réservoirs patients. Enfin, il doit permettre la rotation des stocks.

Les recommandations de sécurité, en particulier celles du fabricant, doivent être affichées.

3.2. *Équipements et matériels*

3.2.1. Avant leur livraison au domicile des patients, il convient de vérifier que tout matériel ou partie de dispositif médical nécessaire à la mise en œuvre d'oxygène à usage médical qui n'est pas en contact direct avec le patient a été nettoyé et, si nécessaire désinfecté. Les modalités de nettoyage et de désinfection doivent être décrites dans des procédures qui doivent préciser notamment la méthode et le nom des produits utilisés. Les modalités d'utilisation des produits doivent être conformes aux recommandations du fabricant. Ces nettoyages doivent être enregistrés, ainsi que les noms des personnes qui les ont effectués. Les enregistrements sont conservés dans le dossier relatif à l'équipement. Le matériel propre doit être identifié et stocké dans des conditions satisfaisantes pour éviter tout risque de contamination.

De plus, si cette opération est externalisée, un contrat devra être signé avec le prestataire qui sera soumis aux mêmes exigences.

3.2.2. Tout matériel défectueux doit être identifié par tout moyen approprié et stocké séparément.

3.2.3. Tout matériel devant faire l'objet d'une opération de maintenance ou de réparation doit être nettoyé et désinfecté préalablement à ces opérations, puis nettoyé et, si nécessaire désinfecté, avant son stockage ou son acheminement chez un patient.

3.2.4. Chaque équipement comporte un cahier de route où sont enregistrés de façon chronologique, les étalonnages, les opérations d'entretien, de nettoyage et éventuellement de désinfection, les réparations avec les dates et les noms des personnes ayant effectué ces opérations, y compris pour toute opération externalisée.

3.2.5. Chaque personnel du site doit être en mesure de reconnaître le statut des produits de santé et équipements sans ambigüité. Pour cela, l'utilisation de moyens d'identification visuelle est recommandée.

3.2.6. Le matériel de lavage et de nettoyage est choisi, utilisé et entretenu de façon à ne pas être une source de contamination.

3.2.7. Les notices d'utilisation et/ou de maintenance sont mises à disposition du personnel utilisateur et, le cas échéant, du patient, lorsqu'elles lui sont spécifiques.

3.2.8. Tout nouveau matériel ou système doit faire l'objet d'une qualification avant sa mise en service. Le processus de qualification est réalisé en plusieurs étapes successives : qualification de conception, qualification d'installation, qualification opérationnelle et qualification de performances. Ces deux dernières qualifications peuvent être réalisées conjointement et permettent la mise en service du matériel en conformité avec les présentes bonnes pratiques.

3.2.9. La qualification est réalisée selon un protocole établi précisant les modalités de mise en œuvre. Un rapport final, renvoyant au protocole, doit être élaboré : il doit résumer les résultats obtenus permettant de conclure que le matériel ou le système fonctionne dans les limites d'exploitation inférieure et supérieure définies lors de la conception.

3.3. *Métrologie*

3.3.1. Les appareils de mesure sont étalonnés et vérifiés à intervalles définis par des méthodes appropriées selon les préconisations des fabricants. Les comptes rendus de ces contrôles doivent être conservés au moins cinq ans. Un plan prévisionnel d'étalonnage et une fiche de suivi de chaque matériel devront être mis en place.

3.3.2. De plus, si cette opération est sous traitée, un contrat devra être signé avec le prestataire qui sera soumis aux mêmes exigences.

3.4. *Systèmes informatisés*

3.4.1. Tout système informatisé doit être validé, et intégrer les principes figurant dans ce guide. Il doit notamment permettre d'établir la traçabilité nécessaire en cas de rappel des bouteilles d'oxygène, des dispositifs médicaux associés (manodétendeurs), des réservoirs patients et des lots d'oxygène dispensés, ainsi que celle des concentrateurs.

3.4.2. Une description écrite et détaillée du système doit être établie et mise à jour régulièrement (exemples : principes, objectifs, mesures de sécurité).

3.4.3. Les conditions d'accès aux systèmes informatisés doivent être décrites dans une procédure qui doit préciser la gestion des codes d'accès (règles d'attribution et de changement de code) et des profils utilisateurs (accès réservé à certaines tâches, accès refusé à toute personne quittant l'entreprise).

3.4.4. Les données ne doivent être introduites ou modifiées que par des personnes autorisées. Il faut prévoir une procédure pour les modalités de l'autorisation d'introduire ou de modifier des données. Le système doit conserver la traçabilité de ces opérations.

3.4.5. Les données stockées doivent être protégées contre toute altération ou perte par un transfert régulier sur un support de stockage ou par tout système approprié, dont la périodicité sera définie dans une procédure.

3.4.6. Toute modification du système informatique ou d'un programme devra être réalisée conformément à une procédure prévoyant des dispositions relatives à la validation, au contrôle et à l'autorisation d'effectuer la modification. Elle devra être validée et enregistrée.

Le pharmacien responsable et ses adjoints doivent être préalablement informés de toute modification des systèmes informatisés, et être formés sur ces nouveaux systèmes.

3.4.7. En cas de défaillance ou de panne, une procédure de travail en mode dégradé validée devra être prévue et connue des utilisateurs. L'efficacité de cette procédure devra être régulièrement testée.

Chapitre 4

Sécurité

La mise en œuvre de l'oxygène à usage médical entraîne des risques importants liés au caractère comburant de l'oxygène, mais aussi liés aux gaz sous pression et au caractère cryogénique de l'oxygène liquide (voir annexe IV). Les règles de sécurité, conformes à la réglementation en vigueur, doivent être impérativement respectées.

Il est également rappelé que toutes les réglementations applicables à l'activité doivent être respectées (ex. : installations classées pour la protection de l'environnement, sécurité incendie, transport de matières dangereuses, code du travail).

Ces mesures de sécurité s'appliquent à l'oxygène contenu dans des bouteilles ou des réservoirs cryogéniques, mais aussi à l'air enrichi en oxygène produit par des concentrateurs.

Principes

La structure dispensatrice prend des dispositions appropriées et conformes aux normes en vigueur et à l'état de l'art en ce qui concerne l'approvisionnement, le fractionnement, la maintenance, le stockage, la manutention, le transport, afin d'éviter la détérioration et la contamination de l'oxygène à usage médical ainsi que le risque d'erreur de substitution par d'autres gaz à usage médical.

Le pharmacien responsable du site de rattachement s'assure de la conformité des locaux aux conditions de sécurité relatives au stockage et à la manipulation de l'oxygène.

4.1. *Approvisionnement*

4.1.1. L'approvisionnement en oxygène médicinal doit se faire auprès d'un établissement pharmaceutique autorisé en application de l'article L. 5124-3 du code de la santé publique.

4.1.2. Chaque réception donne lieu à la vérification de la concordance entre le bulletin de livraison délivré par le fabricant et l'oxygène médicinal réellement reçu.

Pour l'oxygène médicinal sous forme liquide, la vérification porte sur l'identité du gaz, le numéro de lot, la date de péremption et la quantité livrée.

Pour l'oxygène médicinal en bouteilles, la vérification porte sur l'identité du gaz, le numéro de lot, le numéro de bouteille, l'intégrité de l'emballage, la date de péremption et la quantité livrée.

4.1.3 Les concentrateurs mis à disposition des patients doivent être conformes à la réglementation européenne en vigueur et disposer du marquage de conformité CE concernant les dispositifs médicaux.

Avant leur mise en service, les concentrateurs doivent être vérifiés, notamment en ce qui concerne la teneur en oxygène obtenu. Ils doivent ensuite faire l'objet d'un contrôle régulier selon les recommandations du fabricant.

4.2. *Maintenance*

4.2.1. Aucune opération de maintenance ou de réparation ne peut être effectuée par la structure dispensatrice d'oxygène sur les bouteilles d'oxygène médicinal. En particulier, il est formellement interdit de graisser les robinets, raccords, détendeurs et autres dispositifs médicaux en contact avec l'oxygène médicinal.

Le détendeur, par les risques particuliers qu'il engendre, doit être réparé ou entretenu par le fabricant ou par un sous-traitant agréé par lui. La fréquence de la révision ou de la maintenance préventive du détendeur doit s'effectuer en conformité avec le dossier d'AMM. Les seules opérations autorisées concernent son utilisation courante. Elles doivent être réalisées par du personnel formé et qualifié sans outillage : changement de joint du raccord sur la bouteille et vérification des débits et pressions. Les précautions décrites dans l'annexe IV doivent être respectées, et notamment :

Il faut utiliser exclusivement un joint compatible avec l'oxygène. Il ne faut pas écraser les joints.

Il ne faut jamais utiliser de graisse ou d'huile de silicone avec l'oxygène, gaz comburant.

4.2.2. Une identification et un contrôle de la teneur du contenu doivent être effectués sur les réservoirs cryogéniques après toute opération de maintenance nécessitant la mise à l'air libre du réservoir intérieur et de ses circuits.

4.2.3. La maintenance des concentrateurs doit être réalisée par du personnel formé et qualifié.

4.3. *Opérations sur les bouteilles d'oxygène médicinal*

4.3.1. Aucune opération ne peut être effectuée sur les bouteilles d'oxygène médicinal jusqu'à leur livraison chez le patient. À cette fin, les sorties des robinets doivent conserver leur système de garantie d'inviolabilité.

4.3.2. Aucun contrôle de qualité de l'oxygène médicinal n'est demandé, en plus de ceux déjà effectués par le fabricant, sur les bouteilles si le système de garantie d'inviolabilité sur les robinets est effectivement maintenu en place jusqu'à la livraison au domicile des patients.

4.4. *Fractionnement*

4.4.1. L'oxygène médicinal sous forme liquide ne peut subir que des opérations de fractionnement par transfert cryogénique.

4.4.2. Les zones où s'effectuent les fractionnements sont bien délimitées. Elles sont en béton ou en matériau compatible avec le gaz transféré et sa température. Elles sont maintenues en bon état de propreté et exemptes de tout produit inflammable (papier, carton, graisse…).

Les fractionnements se font en plein air ou dans un endroit très aéré. Lors des fractionnements, cette zone doit être sécurisée par tout moyen (marquage au sol, plot, triangle…)

4.4.3. Le personnel chargé des opérations de fractionnement doit disposer des équipements de protection individuels adaptés à cette activité.

4.4.4. Le fractionnement peut être effectué dans des réservoirs cryogéniques contenant un reliquat d'oxygène provenant de fractionnements précédents à condition que ce reliquat provienne du même fabricant.

4.4.5. Pour les réservoirs cryogéniques, les dispositions suivantes sont prises afin d'éviter les risques d'erreur par substitution :

– chaque réservoir cryogénique doit porter en clair l'identité du gaz qu'il contient ;
– les réservoirs cryogéniques sont strictement réservés à l'utilisation de l'oxygène médicinal ;
– toutes les connexions permettant le transfert d'oxygène médicinal sont spécifiques à ce gaz.

4.4.6. Lors des fractionnements, les dispositions suivantes sont prises afin d'éviter les risques de contamination :

– utiliser du matériel en bon état ;
– vérifier l'état de propreté de la zone de travail et du matériel de transfert ;
– purger les flexibles de transfert ;
– vérifier que le réservoir récepteur est au-dessus de la pression atmosphérique et contient de l'oxygène médicinal résiduel ou, dans le cas contraire, effectuer un balayage du réservoir suivant une procédure validée.

4.4.71. Après un fractionnement, l'oxygène médicinal contenu dans le réservoir receveur prend le numéro de lot de l'oxygène médicinal transféré.

4.5. Transport

4.5.1. L'oxygène médicinal est transporté dans un véhicule aménagé pour la sécurité du personnel et pour permettre de conserver la qualité des produits. Cet aménagement comprend au minimum :

– une cloison séparant la cabine de conduite du compartiment transport dans le cas où des réservoirs cryogéniques sont transportés ;
– une ventilation haute et basse de ce compartiment dans le cas où des réservoirs cryogéniques sont transportés ;
– une limitation des matières inflammables dans le compartiment transport ;
– l'affichage de la consigne « interdiction de fumer » ;
– au moins un extincteur (extincteur poudre de 2 kg minimum) dans la partie cabine ;
– des systèmes d'arrimage des bouteilles d'oxygène médicinal et des réservoirs cryogéniques ainsi que des concentrateurs.

Le transport de tout matériau pouvant s'imprégner d'oxygène (papier, carton, tissu, bois…) dans le compartiment où se trouve l'oxygène est à proscrire.

La réglementation du transport des matières dangereuses doit être respectée.

De plus, lors d'un transport simultané, l'identification et la séparation du matériel propre et du matériel sale doivent être organisées avec des moyens adaptés afin d'éviter les risques de contamination et de confusion.

4.5.2. À titre dérogatoire aux dispositions du paragraphe 4.5.1, une livraison en urgence, dans un véhicule non aménagé, à un patient au plus, peut être effectuée, dans le respect des recommandations des fabricants. Pour ce faire, les bouteilles et/ou réservoirs patients seront arrimés dans le véhicule juste avant son départ et retirés dès son retour.

4.5.3 Les bouteilles doivent être transportées de préférence en position verticale et être toujours fixées. Les réservoirs cryogéniques doivent être obligatoirement transportés en position verticale.

4.5.4. Avant toute opération d'entretien ou de réparation du véhicule, la structure dispensatrice doit retirer les bouteilles et les réservoirs et signaler à l'intervenant les précautions à prendre en fonction de la nature des matières transportées.

4.6. *Sécurité des concentrateurs et de l'air enrichi en oxygène issu des concentrateurs*

4.6.1. L'air enrichi en oxygène issu des concentrateurs présente les mêmes caractéristiques de comburant que l'oxygène médicinal.

4.6.2. La mise en bouteille d'air enrichi en oxygène à partir de concentrateurs ne peut être réalisée que dans le cadre d'un usage individuel et au domicile du patient. Les bouteilles recevant le gaz ainsi produit sont dédiées à un patient unique afin d'éviter les pertes de traçabilité des contenants.

Chapitre 5

Dispensation à domicile

Principe

Il convient, lors de l'installation à domicile de l'oxygène à usage médical, de vérifier que toutes les conditions sont réunies pour que le traitement puisse se dérouler normalement, en particulier dans de bonnes conditions de sécurité pour le patient et son entourage.

5.1. *Préparation de l'installation*

5.1.1. L'ensemble des dispositifs médicaux nécessaires à la mise en œuvre de l'oxygène à usage médical est fourni conformément à la prescription (exemples : tubulure, humidificateur, sonde, lunette, masque, manodétendeur-débilitre…). Toutefois, en l'absence de précisions sur la prescription, ces dispositifs pourront être fournis selon des modalités approuvées par le pharmacien.

5.1.2. Pour les traitements par concentrateur, une source d'oxygène médicinal de secours ou de déambulation est mise à disposition du patient en tant que de besoin ou à la demande du prescripteur.

Le stockage des bouteilles à utiliser en secours doit être prévu dans un lieu adapté et sécurisé. Leur traçabilité doit être assurée.

5.1.3. Dans les cas de risque connu infectieux chez un patient, le pharmacien responsable doit s'assurer que des dispositions particulières ont été prises.

5.2. *Installation à domicile*

5.2.1. Une vérification est effectuée pour s'assurer que l'environnement du patient permet de remplir les conditions de sécurité relatives au dépôt et à l'utilisation d'oxygène à usage médical.

Lors de cette vérification, au moins les points suivants sont à prendre en compte :

- sources de chaleur, flammes nues, points d'ignition (cheminée, cuisinière, radiateur, chauffe-eau) ;
- dépôt de matières inflammables (papier, bois, solvant) ;
- zone de passage (couloir, corridor) ;
- volume ou aération des lieux de dépôt et d'utilisation (la proximité d'une ouverture est un élément positif pour le remplissage du réservoir portable) ;
- absence de solvant (alcool, essence…) dans ces lieux ;
- présence de sol poreux et inflammable tel que moquette (ce type de sol n'est interdit que pour l'opération de remplissage du réservoir portable, sauf si un bac de rétention évitant le contact direct avec le sol est ajouté) ;
- accessibilité de l'habitation pour permettre une livraison dans de bonnes conditions ;
- capacité du patient ou de son entourage à manipuler le matériel.

5.2.2. L'oxygène étant un gaz comburant, le tabagisme du patient ou de son entourage doit faire l'objet d'une mise en garde écrite du pharmacien responsable et d'une information destinée au médecin prescripteur.

5.2.3. En tenant compte de la vérification préalable et en liaison avec le patient, le lieu de dépôt et d'utilisation au domicile du patient de l'oxygène médicinal est déterminé.

5.2.4. Le technicien procède au montage, aux adaptations, si nécessaire, et au réglage de l'ensemble de la source d'oxygène à usage médical afin qu'elle soit prête à l'emploi.

Il vérifie que la source délivre l'oxygène à usage médical conformément à la prescription et que tous les matériels de mise en œuvre sont en bon état de fonctionnement, notamment la présence et l'état des joints du détendeur-débilitre, l'état du filetage si un raccord est à visser, l'absence de graisse, etc.

5.2.5. La structure dispensatrice fournit au patient les consommables nécessaires au traitement par oxygénothérapie. Les consommables à usage unique doivent être clairement identifiés afin d'éviter toute réutilisation.

5.2.6. La constatation de tout élément de risque ou d'utilisation inappropriée est rapportée au pharmacien responsable qui apprécie la nécessité d'intervenir et d'en informer le médecin prescripteur.

5.2.7. Le pharmacien responsable s'assure de la conformité de l'installation une fois celle-ci effectuée dans le respect des prescriptions du paragraphe 2.1.6 du présent guide de bonnes pratiques.

5.2.8. Dans les établissements médico-sociaux sans pharmacie à usage intérieur (PUI), une convention de mise à disposition de l'oxygène à usage médical est mise en place lorsqu'une continuité de traitement s'impose.

5.3. Éducation du patient

5.3.1. Le prescripteur, le pharmacien responsable de la dispensation ou le personnel de la structure dispensatrice assure l'éducation du patient et/ou de son entourage concernant les contraintes techniques du traitement par oxygénothérapie.

Cette éducation comprend les consignes de sécurité et les modalités d'utilisation de l'oxygène à usage médical ainsi qu'une manipulation pratique du matériel.

Il est indiqué notamment au patient :

– que la pièce où a lieu le fractionnement doit être aérée et que l'utilisation d'une bombe aérosol pressurisée (désodorisant, laque, insecticide…) ou d'un solvant (alcool, essence…) est interdite dans la même pièce ;
– qu'il est dangereux et strictement interdit de fumer pendant l'opération de fractionnement et l'administration d'oxygène ;
– que l'utilisation de corps gras sur le visage peut entraîner des brûlures graves et qu'elle est donc à proscrire.

Elle comprend également les conseils visant à faciliter l'intégration du matériel dans la vie du patient.

5.3.2. Le pharmacien responsable ou le personnel signale les précautions à prendre et les risques particuliers liés au transport ponctuel de l'oxygène médicinal dans un véhicule, qui doit rester occasionnel, notamment :

– l'aération en permanence du véhicule ;
– l'absence de matières combustibles ou facilement inflammables dans l'habitacle du véhicule,
– la présence d'un extincteur adapté ;
– l'information de l'assureur du véhicule du transport occasionnel de récipients sous pression et contenant un gaz comburant.

Il lui demande de limiter le nombre de bouteilles et de réservoirs portables transportés dans le véhicule à la quantité nécessaire à son usage pendant le parcours.

5.3.3. Le pharmacien responsable ou le personnel détaille les incidents possibles lors de l'utilisation du matériel ainsi que les moyens d'y remédier.

5.3.4. Le pharmacien responsable ou le personnel rappelle au patient et/ou à son entourage la conduite du traitement, le débit prescrit, la durée et les horaires d'utilisation et l'importance d'une bonne observance du traitement.

5.3.5. Une documentation adaptée, reprenant le contenu de la ou des notices réglementaires, illustrée, est remise au patient ou à son entourage. Elle comporte un numéro de téléphone à appeler en cas d'urgence.

5.3.6. Le pharmacien responsable ou le personnel s'assure de la bonne compréhension par le patient et son entourage de la documentation fournie et de la bonne application des consignes données au cours de l'installation.

5.4. *Dispensations ultérieures*

5.4.1. Des dispensations régulières sont organisées pour assurer le bon déroulement du traitement à domicile sans rupture de fourniture.

5.4.2. Pour les traitements de longue durée, la dispensation périodique au patient se fait selon une procédure qui prend en compte la consommation du patient et le mode d'organisation de la distribution en vue de la dispensation.

La procédure doit assurer au patient une sécurité tant matérielle que psychologique et lui permettre de conserver une réserve minimale de vingt-quatre heures d'autonomie.

5.4.3. Chaque dispensation est mise à profit pour vérifier le bon fonctionnement de l'ensemble des dispositifs médicaux associés à l'oxygène à usage médical et pour renouveler les dispositifs médicaux à usage unique si nécessaire.

5.4.4. Le pharmacien responsable ou le personnel vérifie également que les conditions de sécurité et d'utilisation sont remplies. Il effectue les rappels d'éducation à destination du patient et de son entourage qui s'avèrent nécessaires.

5.5. *Traitement des urgences*

5.5.1. La structure dispensatrice met à la disposition des patients une permanence téléphonique joignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

5.5.2. La permanence téléphonique est assurée par un personnel ayant reçu une formation telle que mentionnée au chapitre 2.2.1 lui permettant d'apprécier la nature de l'appel et de déclencher l'intervention nécessaire.

Un recours à une externalisation du recueil des appels relatifs à l'oxygène à usage médical est possible sous réserve que le personnel chargé de la réception des appels ait reçu la formation nécessaire validée et enregistrée et transmette sans délai cette information au technicien d'astreinte de la structure dispensatrice.

En cas de doute sur la nature du problème ou de problème lié au traitement médicamenteux, le personnel chargé de la permanence téléphonique alerte le pharmacien responsable et/ou un service médical d'urgence.

5.5.3. L'intervention au domicile du patient, si elle est nécessaire, doit être effectuée dans les délais qu'impose la situation décrite, y compris sur le plan psychologique, et compte tenu de l'autonomie respiratoire du patient (présence ou non de matériel de secours opérationnel au domicile du patient).

Chapitre 6

Traçabilité, réclamations et rappels

6.1. *Traçabilité*

Principe

Pour l'oxygène à usage médical, la traçabilité est nécessaire afin qu'un rappel de lot efficace puisse être réalisé.

La traçabilité de l'oxygène médicinal fait l'objet de recommandations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), en ce qui concerne sa fabrication et sa distribution en gros.

Lors de la dispensation au patient, le pharmacien d'officine ou gérant de pharmacie mutualiste ou de secours minier, ainsi que la structure dispensatrice d'oxygène à usage médical, doivent assurer la continuité de la traçabilité de l'oxygène médicinal depuis son approvisionnement jusqu'à la dispensation au patient.

En effet, en cas d'accident ou de problème d'utilisation, il est important de pouvoir relayer les alertes transmises par le fabricant ou le distributeur en gros. Il est également important de déterminer avec précision et rapidité les causes d'un accident ou d'un dysfonctionnement constaté et de prendre les mesures permettant d'éviter leur répétition sur des bouteilles, des équipements ou des dispositifs médicaux présentant des caractéristiques similaires.

6.1.1. Les réservoirs cryogéniques, les réservoirs portables, les bouteilles ainsi que les manodétendeurs doivent porter un numéro d'identification. Les numéros des bouteilles d'oxygène médicinal sont apposés sur les bouteilles de manière claire et lisible par le fabricant, de façon à pouvoir être relevés et/ou introduits dans le système informatisé de traçabilité, par tout moyen permettant de garantir leur exactitude et leur complétude.

Le système de traçabilité mis en place doit permettre :

- d'enregistrer et de retrouver le numéro de la bouteille dispensée et du lot d'oxygène médicinal mis à disposition dans le cas d'oxygène gazeux ;
- d'enregistrer et de retrouver les réservoirs cryogéniques mis à la disposition des patients et le numéro de lot de l'oxygène médicinal dispensé dans le cas d'oxygène liquide ;
- d'établir le lien entre le lot l'oxygène dispensé ou l'équipement mis à disposition et le patient afin de pouvoir localiser une bouteille ou un équipement très rapidement ;
- d'assurer une traçabilité des bouteilles et équipements aux stades de maintenance, stockage et dispensation ;

Les concentrateurs mis à disposition des patients doivent également pouvoir être identifiés individuellement et être tracés.

Cette traçabilité peut être effectuée par le système informatique.

6.1.3. La structure dispensatrice doit pouvoir rapidement localiser les lots d'oxygène médicinal dispensés, les réservoirs cryogéniques, les réservoirs portables, les bouteilles ainsi que les manodétendeurs

6.1.4. Chaque livraison d'oxygène médicinal à la structure dispensatrice doit être enregistrée dans un registre de livraison mentionnant la quantité réceptionnée, le nom du fournisseur, le numéro de lot de fabrication, le nom du technicien de la structure dispensatrice ayant réceptionné l'oxygène, ainsi que les autres mentions prévues au 4.1.2.

6.1.5. Chaque fractionnement, y compris pour une dispensation à domicile, fait l'objet d'un document conservé au sein de la structure dispensatrice. Ce document comporte les mentions suivantes :

- le nom de la structure dispensatrice et du site de rattachement ;
- le nom « oxygène médicinal » ;
- le nom du patient et son adresse complète ;
- le lieu et la date de l'opération de fractionnement ;
- le volume fractionné si possible ;
- le numéro d'identification du réservoir de destination ;
- le numéro de lot de fabrication de l'oxygène médicinal ;
- le nom du fabricant de l'oxygène médicinal ;
- le nom du technicien.

6.2. *Réclamations*

6.2.1. Un système d'enregistrement et de traitement des réclamations concernant l'oxygène à usage médical et les dispositifs médicaux et équipements associés doit être organisé.

6.2.2. Une procédure écrite doit être établie décrivant les actions à entreprendre lors d'une réclamation, les délais de traitement et l'éventuelle nécessité d'envisager un rappel de lot.

6.2.3. Toute réclamation doit être portée sans délai à la connaissance du pharmacien responsable.

6.2.4. Toute réclamation doit être enregistrée avec tous les détails originaux communiqués, puis analysée de façon approfondie.

6.2.5. Toutes les décisions et mesures prises à la suite d'une réclamation doivent être enregistrées.

6.2.6. Dans tous les cas où une réclamation concernerait la qualité intrinsèque de l'oxygène médicinal et/ou du dispositif médical associé, les fabricants de l'oxygène et du dispositif doivent être avertis de la réclamation, ainsi que l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

6.3. *Rappels*

Principe

Un système de rappel d'un ou de plusieurs lots d'oxygène médicinal doit être organisé, donnant la possibilité de retirer rapidement et efficacement du marché tout lot d'oxygène médicinal défectueux ou suspecté de l'être, ainsi que tout dispositif médical ou équipement associé à la délivrance de l'oxygène à usage médical défectueux ou suspecté de l'être. Un système de rappel des concentrateurs et équipements associés doit également être mis en place.

6.2.1. Les rappels, placés sous la responsabilité du pharmacien responsable de la dispensation avec une information de la direction de la structure dispensatrice, doivent pouvoir être entrepris rapidement et à tout moment. Le pharmacien doit disposer du personnel suffisant pour traiter tous les aspects des rappels avec le degré d'urgence approprié.

6.2.2. Des procédures écrites concernant l'organisation de ces rappels doivent être établies, régulièrement vérifiées et mises à jour.

6.2.3. La structure dispensatrice doit informer les autorités compétentes des actions en cours ou à venir, suite à la mise en évidence d'une éventuelle anomalie ou de tout problème sérieux de qualité.

Tout lot d'oxygène médicinal et tout dispositif médical ou équipement associé à la délivrance de l'oxygène à usage médical (les réservoirs cryogéniques, les réservoirs portables, les bouteilles et notamment les concentrateurs) rappelé doivent être stockés et identifiés séparément dans l'attente d'une décision sur leur devenir.

Le déroulement du rappel doit être enregistré et un rapport final doit être rédigé, comportant un bilan comparatif des quantités d'oxygène médicinal distribuées et récupérées ainsi que des équipements mis à disposition et récupérés.

L'efficacité des dispositions prises doit être évaluée régulièrement.

6.2.4. La mise en quarantaine des lots d'oxygène médicinal ou de matériels incriminés doit être immédiate.

6.2.5. Le rappel des lots d'oxygène médicinal ainsi que le rappel des lots de dispositifs médicaux ou de matériel associé à la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical doivent intervenir le plus rapidement possible. Tout rappel devra se dérouler dans les délais fixés par l'ANSM.

Toute augmentation du délai de rappel devra faire l'objet d'un rapport séparé et d'une analyse approfondie menant à une modification de la procédure de rappel.

Chapitre 7

Sous-traitance

7.1. *Principes*

7.1.1. La sous-traitance de la dispensation à domicile d'oxygène à usage médical est autorisée uniquement dans les cas suivants :

– entre structures dispensatrices satisfaisant aux obligations énoncées à l'article L. 4211-5 du code de la santé publique et autorisées à ce titre ;
– entre officines de pharmacies, pharmacies mutualistes et de secours minier ;
– entre les structures dispensatrices autorisées, d'une part, les officines de pharmacies, pharmacies mutualistes et de secours minier, d'autre part, et réciproquement.

7.1.2. Un contrat écrit doit être établi et signé entre le donneur d'ordre et le sous- traitant en vue de fixer clairement les obligations et les responsabilités de chaque partie, notamment le respect des présentes bonnes pratiques par le sous-traitant. Ce contrat doit respecter les dispositions du paragraphe 7.4 énoncées ci-dessous.

7.1.3. Une structure dispensatrice ne peut être maintenue ouverte en qualité de donneur d'ordre que si elle réalise des opérations de dispensation d'oxygène à usage médical, notamment, la réception des prescriptions d'oxygène à usage médical, l'analyse pharmaceutique de ces prescriptions, l'organisation de la dispensation d'oxygène à domicile.

7.1.4. La sous-traitance peut concerner toutes les étapes de la dispensation d'oxygène à usage médical, à l'exception de celles mentionnées au 7.1.3.

7.1.5. Si la sous-traitance est pérenne et intervient postérieurement à l'autorisation accordée, le pharmacien doit s'assurer qu'elle a été déclarée à l'agence régionale de santé et au conseil compétent de l'ordre des pharmaciens par la structure dispensatrice.

7.2. *Dispositions relatives au donneur d'ordre*

7.2.1. Il appartient au donneur d'ordre d'évaluer la capacité du sous-traitant à réaliser correctement le travail demandé. Il est aussi de sa responsabilité de s'assurer, par contrat, que les principes des présentes bonnes pratiques sont respectés. Pour cela, il réalise périodiquement des audits dont les rapports sont rédigés et conservés. Ces rapports servent à modifier les contrats, si nécessaire.

7.2.2. Le donneur d'ordre doit procurer au sous-traitant toute l'information nécessaire à la réalisation correcte des opérations faisant l'objet du contrat de sous-traitance et cela en conformité avec toute exigence légale. Le donneur d'ordre doit s'assurer que le sous-traitant est pleinement conscient de tous les impératifs liés à la dispensation à domicile d'oxygène à usage médical ou au travail demandé, impératifs qui pourraient engendrer un risque pour ses locaux, son matériel, son personnel, le patient, le domicile du patient ou d'autres produits et articles ou des tiers.

7.3. *Dispositions relatives au sous-traitant*

7.3.1. Le sous-traitant doit répondre à l'une des conditions suivantes :

– posséder l'autorisation dont il est fait mention à l'article L.4211-5 du code de la santé publique ;
– être pharmacien titulaire d'officine inscrit en section A ou E du tableau de l'ordre des pharmaciens ;
– être pharmacien gérant de pharmacie mutualiste ou minière inscrit en section D ou E du tableau de l'ordre des pharmaciens.

7.3.2. Le sous-traitant ne doit pas lui-même sous-traiter tout ou partie du travail confié par contrat par le donneur d'ordre sans y avoir été autorisé par écrit par celui- ci. Le sous-traitant doit respecter les présentes bonnes pratiques.

7.3.3. Le sous-traitant doit s'abstenir de toute activité qui pourrait affecter la qualité des opérations liées à la dispensation à domicile de l'oxygène pour le compte du donneur d'ordre.

7.4. *Dispositions relatives au contrat*

7.4.1. Toute opération de dispensation à domicile d'oxygène à usage médical réalisée en sous-traitance doit être couverte par un contrat écrit comportant un cahier des charges qui spécifie les dispositions techniques prises à son sujet. Ce contrat doit être validé et signé par le pharmacien responsable de chaque structure concernée par la sous-traitance.

7.4.2. Ce contrat doit être établi entre le donneur d'ordre et le sous-traitant, précisant leurs responsabilités respectives dans la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical. Tous les accords pris pour la dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical doivent être agréés par les deux parties.

7.4.3. La responsabilité du pharmacien responsable de la dispensation demeure engagée lors de la réalisation d'une opération de dispensation par un sous-traitant, dans la mesure où il valide le recours à un sous-traitant et donne son accord quant à l'organisation des opérations sous-traitées.

7.4.4. Les contrats de sous-traitance doivent être joints à toute demande d'autorisation de la structure dispensatrice ayant la qualité de donneur d'ordre, ainsi que les autorisations ou les demandes d'autorisation des sous-traitants avec leur aire géographique correspondante lorsque l'organisation proposée comporte cette modalité.

Si la sous-traitance est pérenne et intervient postérieurement à l'octroi de l'autorisation, le pharmacien responsable de la structure dispensatrice donneuse d'ordre et celui de la structure sous-traitante doivent s'assurer que cette nouvelle organisation a été déclarée au directeur général de l'ARS ayant octroyé son autorisation, en joignant les nouveaux contrats de sous-traitance. Dans les autres cas de sous-traitance, les modifications du contrat initial sont maintenues à la disposition des autorités chargées du contrôle des structures. Il en va de même pour les modifications des contrats de sous-traitance.

7.4.5. Tous les accords pris en matière d'opération de dispensation d'oxygène à usage médical à domicile réalisée en sous-traitance, y compris toute proposition de modification des dispositions techniques ou autres, doivent être en conformité avec les présentes bonnes pratiques.

7.4.6. Le contrat doit définir clairement le responsable de l'achat de l'oxygène médicinal, du matériel et des consommables, de leur contrôle et de leur acceptation.

7.4.7. Les dossiers de dispensation à domicile de l'oxygène doivent être conservés par le donneur d'ordre ou mis à sa disposition. Toute pièce nécessaire à l'évaluation de la qualité du service, en cas de réclamation ou de suspicion de défaut, doit être immédiatement accessible et sa référence précisée dans les procédures de réclamation ou de rappel du donneur d'ordre.

7.4.81. Le contrat doit prévoir une disposition permettant au donneur d'ordre d'auditer le sous-traitant et de visiter ses locaux périodiquement.

7.5. Autres opérations qu'il est possible de déléguer

Il s'agit d'opérations non pharmaceutiques ne nécessitant pas une autorisation de dispenser l'oxygène à domicile. Ces opérations peuvent être réalisées par des prestataires non obligatoirement autorisés à dispenser de l'oxygène.

7.5.1. La réalisation de ces opérations nécessite un contrat écrit entre les parties, précisant les obligations techniques et les responsabilités de chacun. La transmission de ces contrats à l'ARS n'est pas obligatoire. Ils doivent être tenus à disposition de toute demande de la part des autorités de contrôle. Ces opérations doivent être réalisées en conformité avec les présentes bonnes pratiques et avec les règles générales de sécurité inhérentes au produit manipulé.

7.5.2. Le recueil des appels, par permanence téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, pour le traitement des urgences, pourra être confié à une société prestataire sous réserve que le personnel affecté à cette activité soit correctement formé et notamment aux présentes bonnes pratiques. Les opérateurs devront être capables d'apprécier la nature de l'appel. Tous les appels concernant l'oxygène à usage médical devront être enregistrés, transmis sans délai au personnel technique d'astreinte, puis traités en fonction de leur degré d'urgence.

7.6. Approvisionnement à partir d'une autre structure

7.6.1. Le dispensateur peut disposer sur l'un de ses sites de rattachement ou sur son site de stockage annexe, ou dans les locaux de son officine, d'un réservoir mis à sa disposition par le fabricant de l'oxygène médicinal. Ce réservoir est sous la responsabilité du pharmacien responsable de l'établissement fabricant qui en assure le remplissage et la maintenance.

L'accès à ce réservoir doit être limité au personnel de l'entreprise qui l'approvisionne en gaz (entreprise pharmaceutique fabriquant le gaz) ou au personnel du site utilisateur ou de l'officine utilisatrice.

Cependant, le personnel de l'officine ou du site identifié comme responsable peut être chargé par contrat avec le fabricant de l'entretien des locaux où est situé le réservoir, afin d'assurer la sécurité du site (accès au personnel, ventilation, absence de matières inflammables).

L'utilisation du réservoir situé au sein des locaux d'un site de rattachement d'une structure de dispensation à domicile de gaz à usage médical, sur un site de stockage annexe ou dans une officine doit être sous la responsabilité d'un seul pharmacien responsable de la dispensation de l'oxygène. Plusieurs sites de rattachement d'une même structure dispensatrice peuvent s'y approvisionner.

À partir de ce réservoir, le dispensateur effectue des opérations de fractionnement de l'oxygène, selon les modalités définies au chapitre 4.4. afin de remplir des réservoirs de plus faible volume (réservoirs patients, réservoirs ravitailleurs).

7.6.2. Dans le cadre d'un contrat de sous-traitance entre entités autorisées, et dans des situations exceptionnelles déclarées à l'ARS, il est possible d'approvisionner un site de rattachement d'une structure dispensatrice à partir du réservoir de stockage d'un site de rattachement d'une autre structure dispensatrice, à condition que ce soit le personnel du site de rattachement où la cuve est implantée qui assure les opérations de transfert, sous la responsabilité du pharmacien responsable du site de rattachement sur lequel se situe le réservoir de stockage. Ainsi, le fabricant qui remplit le réservoir ne peut avoir qu'un seul interlocuteur responsable de la cuve mise à disposition. Dans tous les cas, la traçabilité devra être assurée.

7.7. Cas particulier des déplacements des patients

7.7.1. Des sous-traitances exceptionnelles entre structures dispensatrices lors du changement temporaire de résidence du patient pourront être envisagées. Avant son départ, le patient est invité à désigner la structure dispensatrice devant l'approvisionner dans sa région de destination.

La structure de la région d'origine doit alors se mettre en relation avec la structure désignée et convenir d'un contrat de sous-traitance d'une durée déterminée, qui permettra au patient d'être pris en charge de façon ininterrompue.

7.7.2. En cas de déménagement définitif, le patient doit être invité à procéder de même afin de permettre le transfert des informations le concernant, et éventuellement le suivi de la traçabilité des lots d'oxygène médicinal dispensés ou des matériels mis à disposition, lors de la période de transition.

7.7.3. Dans le cas des changements de résidence temporaires ou définitifs, la traçabilité des lots et des matériels devra être garantie. La restitution des matériels devra être prévue.

Chapitre 8

Vigilances et gestion des risques

8.1. *Pharmacovigilance*

8.1.1. Définition

La pharmacovigilance a pour objet la surveillance du risque d'effet indésirable résultant de l'utilisation des médicaments. Dans le cadre des bonnes pratiques de dispensation, les dispositions relatives à la pharmacovigilance s'appliquent aux gaz fabriqués industriellement et disposant d'une autorisation de mise sur le marché.

8.1.2. Obligations de signalement

Les obligations de signalement décrites à l'article R. 5121-161 du code de la santé publique s'appliquent aux pharmaciens dispensant de l'oxygène médicinal (officinal ou d'une structure dispensatrice). Ils déclarent aussitôt au centre régional de pharmacovigilance les effets indésirables graves ou inattendus susceptibles d'être dus à l'oxygène médicinal qu'ils ont délivré.

Le professionnel de santé, notamment l'infirmier ou l'infirmière de la structure dispensatrice ayant fait une constatation d'un risque d'effet indésirable, peut également en informer le centre régional de pharmacovigilance et en référer au pharmacien responsable.

8.1.3. Comment signaler

En utilisant les modalités décrites sur le site Internet de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) (*cf.* annexe II) et en utilisant le formulaire Cerfa n° 10011*03.

8.2. Matériovigilance

8.2.1. Définition

La matériovigilance a pour objet la surveillance des incidents ou des risques d'incidents résultant de l'utilisation des dispositifs médicaux.

La matériovigilance s'exerce sur les dispositifs médicaux après leur mise sur le marché.

La matériovigilance consiste à signaler les incidents et risques d'incidents mettant en cause des dispositifs médicaux selon les modalités rappelées au point 8.2.2.

La matériovigilance a pour objectif d'éviter que ne se (re)produisent des incidents et risques d'incidents graves (définis à l'article L. 5242-2 du code de la santé publique) mettant en cause des dispositifs médicaux, en prenant les mesures préventives et/ou correctives appropriées.

8.2.2. La matériovigilance, dans le cadre des bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical, concerne toutes les personnes, fabricant, utilisateurs ou tiers au sens de l'article R. 5212-16 ayant connaissance d'un incident ou risque d'incident grave.

Ces personnes ont l'obligation de signalement telle que prévue à l'article R. 5212-14 du CSP et sont soumis à l'article R. 5212-15 du CSP pour les signalements facultatifs. C'est-à-dire qu'en tant que professionnels de santé, utilisateurs ou en tant que tiers, ils signalent directement au directeur général de l'ANSM.

En ce qui concerne les signalements, une distinction est opérée entre les signalements obligatoires et facultatifs.

Les incidents ou risques d'incidents « mettant en cause un dispositif ayant entraîné ou susceptible d'entraîner la mort ou la dégradation grave de l'état de santé d'un patient, d'un utilisateur ou d'un tiers » doivent obligatoirement, et sans délai, être signalés à l'ANSM (art. L. 5212-2 et R. 5212-14 du CSP).

Les autres événements indésirables peuvent être signalés de manière facultative (art. R. 5212-15 du CSP). Ceci concerne notamment les incidents suivants :

- réaction nocive et non voulue se produisant lors de l'utilisation d'un dispositif médical conformément à sa destination ;
- réaction nocive et non voulue résultant d'une utilisation d'un dispositif médical ne respectant pas les instructions du fabricant ;
- tout dysfonctionnement ou toute altération des caractéristiques ou des performances d'un dispositif médical ;
- toute indication erronée, omission et insuffisance dans la notice d'instruction, le mode d'emploi ou le manuel de maintenance.

Ils sont chargés de la mise en œuvre des mesures prises par le fabricant ou par l'ANSM qui les concernent (exemples : retrait, rappel de lot). Ils sont tenus de classer et de conserver ces mesures.

Les pharmaciens d'officine ne sont pas soumis à la disposition qui prévoit la désignation d'un correspondant local de matériovigilance selon l'article R. 5212-12 du CSP.

8.2.3. Comment signaler

En remplissant lisiblement le formulaire Cerfa n° 10246*02 « Signalement d'un incident ou d'un risque d'incident de matériovigilance » disponible sur le site de l'ANSM (*cf.* annexe II) ainsi que tout document jugé utile à l'évaluation de l'incident (schémas, résultats d'investigations menées en interne…).

En adressant l'ensemble de cette documentation au département vigilance de l'ANSM.

8.2.4. Les autres obligations

Le pharmacien exerçant dans une officine de pharmacie, une pharmacie mutualiste ou de secours minier ou le pharmacien responsable du site de rattachement veille au respect des tâches qui sont imparties en matière de matériovigilance concernant les dispositifs médicaux associés à la dispensation de l'oxygène à usage médical.

Ces pharmaciens doivent être informés de tout événement relatif à la matériovigilance, notamment les événements transmis par le personnel du site de rattachement.

Une procédure décrit l'organisation de la matériovigilance et la place du pharmacien dans le dispositif.

8.3. *Gestion des risques*

Les structures dispensatrices doivent disposer d'un plan de gestion des risques liés à leurs activités et à la prise en charge des patients. Celui-ci doit être disponible sur le site de dispensation.

ANNEXE I

CONTRAT DE SOUS-TRAITANCE

Le contrat de sous-traitance de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical comportera au minimum les clauses suivantes :

1. Désignation des parties (sous-traitant et donneur d'ordre) et rappels de l'article L. 4211-5 du code de la santé publique et du dernier arrêté relatif aux BPDO
2. Objet du contrat
3. Désignation des prestations (générales, particulières)
4. Obligations/responsabilités du donneur d'ordre (exemples) :

- autorisation préfectorale ou de l'agence régionale de santé et/ou licence de la pharmacie ;
- analyse, validation et transmission de la prescription ;
- transmission de toutes les informations nécessaires à l'exécution de la tâche ;
- et selon les cas :
  - facturation ;
  - visites pharmaceutiques au domicile;
  - éducation du patient ;
  - consignes de sécurité...

5. Obligations/responsabilités du sous-traitant (exemples) :

- autorisation préfectorale ou de l'agence régionale de santé et/ou licence de la pharmacie ;
- exécution et contrôle de la mission ;
- formation et habilitation du personnel ;
- hygiène ;
- nettoyage, désinfection et maintenance des dispositifs médicaux ;
- vérification des concentrateurs et manodétendeurs ;
- réception, vérification et stockage de l'oxygène, gestion des stocks ;
- fractionnement de l'oxygène sous forme liquide ;
- délivrance du médicament et des dispositifs médicaux au domicile du patient ;
- installation du matériel ;
- traçabilité et rappels des lots les concernant ;
- auto-inspections et audits internes s'ils ont lieu, mis à la disposition du donneur d'ordre ;
- gestion des anomalies : réclamations, non-conformités, mesures correctives ;
- éducation du patient si besoin ;
- et selon les cas :
  - astreinte téléphonique ;
  - facturation ;
  - visites pharmaceutiques au domicile...

6. Obligations réciproques du donneur d'ordre et du sous-traitant :

- pharmacovigilance ;
- matériovigilance ;
- rappels de lots ;
- réclamations...

7. Libre choix du prestataire
8. Prix et règlements
9. Durée du contrat
10. Résiliation du contrat
11. Confidentialité

ANNEXE II

ADRESSES INTERNET DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ DU MÉDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTÉ

Pharmacovigilance

Principes :

http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament/(offset)/0

Possibilité de télécharger le formulaire de signalement d'effet indésirable lié à un médicament (qui comporte les coordonnées des centres de pharmacovigilance avec les départements qui en dépendent) et le guide d'utilisation.

Matériovigilance :

Principes :

http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-dispositif-medical/Votre-declaration-concerne-un-dispositif-medical/(offset)/0

Possibilité de télécharger le formulaire de signalement d'incident ou de risque d'incident de matériovigilance.

ANNEXE III

PROPOSITION DE PROGRAMME DE FORMATION

Formation théorique

Oxygénothérapie

Physiopathologie des maladies hypoxémiantes.

Indications oxygénothérapie.

Définitions, effets bénéfiques, effets indésirables, posologie.

Réglementaire

Rappels sur l'organisation du système de santé et de protection sociale au niveau national et régional (ministère chargé de la santé, agences régionales de santé, agences de sécurité sanitaire, assurance maladie, mutuelles).

Oxygène à usage médical (notion de médicament et de DM, dispensation, lot, traçabilité, observance).

Dispositifs médicaux.

Bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical.

LPP et convention de tiers payant.

Pharmacovigilance.

Matériovigilance.

Règles professionnelles : secret médical, principes de dignité, éthique, relation avec le patient et son entourage.

Référentiel qualité de la structure.

Caractéristiques de l'oxygène

Propriétés physiques et chimiques.

Principes de fabrication.

Conditionnement.

Hygiène et sécurité

Risques liés à l'oxygène et mesures de prévention.

Consignes d'hygiène et de sécurité applicables aux patients.

Consignes d'hygiène et de sécurité applicables aux intervenants à domicile.

Rôle du pharmacien.

Répartition des responsabilités.

Garant de la bonne application des textes règlementaires liés à l'oxygène.

Formation et/ou habilitation du personnel.

Visites pharmaceutiques au domicile des patients.

Formation pratique

Connaissance du matériel et manipulation

Oxygène liquide : réservoirs (conception, remplissage, stockage, transport, entretien, contrôle, vérification, mise en place), principes d'approvisionnement et de transfert, évaporateur (principe de fonctionnement), réservoirs utilisés par le patient (vérifications, maintenance, stockage, utilisation), risques, consignes de sécurité.

Oxygène gazeux : emballage (conception, remplissage, stockage, transport, entretien, contrôle, vérification, mise en service), risques, consignes de sécurité.

Oxygène concentrateur : prise en charge des dispositifs médicaux entre deux patients (nettoyage et désinfection, maintenance, stockage), principes de fonctionnement, mise en service, contrôle, entretien, consignes de sécurité, traitement des dysfonctionnements.

Présentation interface patient (lunettes, tubulures, masques, humidificateurs).

ANNEXE IV

RISQUES GÉNÉRAUX LIÉS À L'OXYGÈNE À USAGE MÉDICAL

Les principaux risques sont dus au fait que l'oxygène médical peut être, selon sa présentation, à la fois un gaz sous pression, un gaz à très basse température et un gaz comburant.

Gaz sous haute pression

L'oxygène en bouteille est comprimé sous une pression élevée, de l'ordre de 200 bars, d'où un risque d'éclatement de la bouteille, d'inflammation du manodétendeur par échauffement lors de la détente, accompagné de projection de matériel, de gaz ou de métal à haute température.

Les précautions générales consistent à :

- ne jamais stocker les bouteilles pleines près d'une source de chaleur ;
- prendre toutes les précautions pour éviter les chocs et les chutes, arrimer les bouteilles lors de leur transport ;
- utiliser un manodétendeur adapté au gaz utilisé et à la bouteille, de moins de cinq ans, ou révisé et conforme à l'AMM ;
- ne jamais ouvrir brutalement le robinet ;
- ne jamais procéder à plusieurs mises en pression successives du manodétendeur ;
- ne pas serrer à la pince le manodétendeur ;
- ne jamais tenter de réparer un matériel défectueux (robinet, manodétendeur, débitmètre) ;
- ne jamais transvaser l'oxygène gazeux d'une bouteille dans une autre ;
- ne jamais soulever une bouteille par son robinet ou son manodétendeur ;
- ne jamais forcer le robinet pour l'ouvrir, ni l'ouvrir en butée ;
- ne jamais se placer face à la sortie du robinet, mais toujours du côté opposé au manodétendeur, derrière la bouteille et en retrait ;
- ne pas exposer le patient au flux gazeux ;
- ne jamais utiliser une bouteille présentant un défaut d'étanchéité.

Gaz à très basse température

L'oxygène liquide et ses vapeurs sont à de très basses températures. Pour mémoire, le point d'ébullition de l'oxygène liquide sous pression atmosphérique est de – 183 °C. Les principaux risques liés à l'oxygène liquide sont des gelures (brûlures) graves.

Les précautions générales consistent à :

- éviter tout contact avec l'oxygène liquide, ses vapeurs et le matériel à basse température ;
- en cas de brûlure cryogénique de la peau : ne pas frotter, enlever ou desserrer les vêtements si nécessaire, dégeler les parties atteintes en rinçant à l'eau tiède, appeler un médecin ;
- en cas de projection dans les yeux : laver à l'eau tiède abondamment pendant au moins 15 minutes, appeler un médecin ;
- se protéger le corps, en particulier les yeux et les mains, lors de tout remplissage cryogénique ;
- maintenir les récipients cryogéniques en position verticale ;
- ne pas utiliser de récipients dépourvus de soupape de sécurité ;
- éviter l'accumulation de gaz froids dans les parties basses des locaux ;
- éviter la saturation des vêtements par les vapeurs de gaz liquéfiés.

Gaz comburant

L'oxygène, sous toutes ses formes (gazeux, liquide, issu de concentrateur) est un gaz comburant. Il entretient la combustion et expose ainsi à des risques d'incendie et d'explosion.

Les précautions générales consistent à :

- ne pas mettre l'oxygène en présence de matières combustibles (corps gras, corps organiques) ;
- ne pas mélanger l'oxygène avec des gaz ou des liquides combustibles dans un espace clos ;
- protéger l'oxygène des sources de chaleur ou d'ignition, des étincelles et des flammes ;
- stocker l'oxygène dans un local propre et aéré ;
- ne pas fumer à proximité de toute source d'oxygène ;

– ne pas graisser le matériel ni le manipuler avec des mains grasses;
– utiliser du matériel propre, en bon état et adapté à l'oxygène;
– ne jamais tenter de réparer un matériel défectueux (robinet, manodétendeur, débitmètre);
– éviter les fuites;
– éviter l'accumulation de l'oxygène dans les parties basses des locaux ou des véhicules (pour mémoire, l'oxygène est plus dense que l'air);
– éviter les atmosphères suroxygénées (risque d'inflammation des vêtements);
– ne pas utiliser des générateurs d'aérosols pressurisés inflammables (laque, désodorisants...);
– limiter l'utilisation des corps gras sur la peau des patients;
– purger le raccord de sortie de la bouteille avant le branchement du manodétendeur pour éliminer les poussières éventuelles;
– maintenir propres les interfaces entre la bouteille et le manodétendeur;
– en cas de renversement d'oxygène liquide dans une pièce: aérer le local;
– en cas de renversement d'oxygène liquide dans un véhicule: arrêter le véhicule et couper le contact, faire descendre les passagers, aérer le véhicule avant de repartir.

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 22 juillet 2015 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° 0176 du 1er août 2015)

NOR : *AFSA1518332A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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 21 mai 2015 ;

Vu les notifications en date des 1er, 3 juin et 3 juillet 2015,

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 :

I. – *Convention collective du 15 mars 1966*

1. Avenant n° 331 du 4 mars 2015 relatif à l'intégration de métiers au sein de la CCN 66.

2. Avenant n° 332 du 4 mars 2015 relatif au régime de prévoyance collectif.

3. Avenant n° 333 du 4 mars 2015 relatif à la classification de l'emploi d'éducateur de jeunes enfants.

II. – *Association Espace Marie Moreau*
(44000 Nantes)

Accord d'entreprise du 23 décembre 2009 et avenant n° 2 du 8 avril 2014 relatifs à l'aménagement du temps de travail.

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

Accord d'entreprise du 24 novembre 2014 relatif au paiement partiel des heures de compensation de nuit.

IV. – *Association L'Elan retrouvé*
(75009 Paris)

1. PV de désaccord partiel du 19 octobre 2014 relatif aux négociations annuelles 2014.

2. Accord du 18 septembre 2014 relatif à la reprise d'ancienneté.

V. – *Association Les PEP 76*
(76012 Rouen)

Accord d'entreprise du 25 octobre 2013 relatif à l'application de la convention collective du 15 mars 1966.

VI. – *ADAPEI de Seine-et-Marne*
(77000 Melun)

Procès-verbal de désaccord du 30 juin 2014 relatif à la négociation annuelle obligatoire 2013.

VII. – *Association de parents d'enfants inadaptés du Sénonais (APEIS) (89101 Sens)*

Accord d'entreprise du 11 juin 2014 relatif aux salaires effectifs.

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

I. – *Association régionale d'aide aux infirmes moteurs cérébraux (ARAIMC) (13400 Aubagne)*

Protocole d'accord du 26 septembre 2013 relatif à la négociation annuelle obligatoire 2013.

II. – *Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) (75002 Paris)*

Accord d'entreprise du 22 janvier 2015 relatif à la mise en place de plusieurs CHSCT.

III. – *Association Olga Spitzer (75012 Paris)*

Protocole d'accord du 30 juin 2014 relatif à la négociation annuelle obligatoire 2014.

Art. 3. – Le directeur général de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 22 juillet 2015.

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

Nota. – Le texte des accords cités à l'article 1er (I) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarités n° 08-15 disponible sur les sites intranet et internet du ministère de la santé et des sports.

ANNEXE

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966

Avenant 331 du 4 mars 2015 relatif à l'intégration de métiers au sein de la CCN66

Entre

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI), 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris;

Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris,

D'une part,

Et

Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

Fédération des syndicats santé sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris;

Fédération française des professions de santé et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT), case 538, 93515 Montreuil Cedex;

Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris;

Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part.

PRÉAMBULE

Compte tenu de l'évolution des besoins des personnes accompagnées et de l'activité des établissements, les partenaires sociaux conviennent d'intégrer les métiers de technicien de l'intervention sociale et familiale, d'auxiliaire de vie sociale, d'enseignant en langue des signes, d'interface de communication et de codeur en langage parlé complété (LPC) à la convention collective du 15 mars 1966.

Afin de tenir compte de ces évolutions, les soussignés ont décidé de procéder à la révision des annexes 3, 9 et 10 de la convention collective du 15 mars 1966 et, en conséquence, d'ouvrir une négociation pour adapter les grilles de classification et rémunération.

Ils ont convenu, à l'issue de leur négociation, de conclure le présent accord valant avenant de révision aux annexes 3, 9 et 10 de la convention collective du 15 mars 1966, aux conditions ci-après.

Article 1er

L'annexe 3 est modifiée et complétée comme suit:

a) Est ajouté après la grille de « MONITEUR ÉDUCATEUR »:

« TECHNICIEN DE L'INTERVENTION SOCIALE ET FAMILIALE

Titulaire du diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale

DÉROULEMENT DE CARRIÈRE	COEFFICIENT	COEFFICIENT (1)
Début	411	421
Après 1 an	424	434
Après 2 ans	438	450
Après 3 ans	453	464

Après 5 ans	465	476
Après 7 ans	482	493
Après 9 ans	501	513
Après 12 ans	513	525
Après 15 ans	527	539
Après 18 ans	556	568
Après 21 ans	587	600
Après 24 ans	617	630
Après 28 ans	652	665
(1) Avec sujétions d'internat. »		

Les salariés titulaires du diplôme d'État de technicien de l'intervention sociale et familiale déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

b) Est ajouté après la grille d'« AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE » :

« AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE

Titulaire du diplôme d'État de vie sociale (DEAVS)

ÉCHELON	COEFFICIENT	COEFFICIENT (1)
Début	396	406
Après 1 an	405	414
Après 3 ans	418	429
Après 5 ans	432	446
Après 7 ans	448	460
Après 10 ans	461	473
Après 13 ans	474	486
Après 16 ans	486	499
Après 20 ans	498	511
Après 24 ans	516	528
Après 28 ans	530	544
(1) Avec sujétions d'internat. »		

Les salariés titulaires du diplôme d'État de vie sociale déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

Article 2

L'annexe 9 est modifiée et complétée comme suit :

a) Le premier paragraphe *c* de l'article 9 de l'annexe 9 relatif à l'organisation du temps de travail spécifique pour une parties des personnels travaillant dans les établissements pour déficients sensoriels auditifs est remplacé et complété comme suit :

« *c)* Dispositions particulières pour la répartition hebdomadaire de la durée de travail

Pour le personnel enseignant ci-après désigné :

– professeurs spécialisés pour déficients auditifs ou visuels (titulaires d'une licence, du CAPEJS, CAEGADV et licence, CAFPETADV, CAFPETDA, CAEMA + licence de musicologie).

Cadre d'extinction :

– CAEMA, CAEJDA, CAEGADV, DIS, CAPSAIS options A et B ;
– moniteurs de classe ;
– éducateurs scolaires (justifiant du brevet élémentaire de capacité ou du baccalauréat complet) ;
– jardinières d'enfants pour déficients auditifs (titulaires d'une attestation FISAF délivrée avant 1970 exerçant dans le cadre scolaire) ;
– éducateurs techniques, éducateurs techniques spécialisés, éducateurs techniques chefs pour déficients auditifs et visuels (justifiant des qualifications requises [annexe 3], et de l'attestation de formation de la FISAF). »

Les autres dispositions du paragraphe *c* de l'article 9 et de l'article 9 de l'annexe 9 restent inchangées.

b) L'alinéa 1 de l'article 11 de l'annexe 9 relatif aux congés payés annuels est remplacé et complété comme suit :

« Par dérogation aux dispositions générales (art. 22) et de l'article 6 de l'annexe 3, les personnels ci-après désignés :

– professeurs spécialisés pour déficients auditifs ou visuels (titulaires d'une licence, du CAEMA, CAEJDA, CAEGADV, DIS, CAPETADV, CAFPETDA, CAPEJS, CAPSAIS options A et B) ;
– élèves-professeurs ;
– moniteurs de classe, éducateurs scolaires (cadre d'extinction) ;
– jardinières d'enfants spécialisées pour déficients auditifs ;
– éducateurs techniques, éducateurs techniques spécialisés et éducateurs techniques chefs pour déficients auditifs et visuels, bénéficient de congés payés identiques à ceux des congés des personnels similaires des instituts nationaux de jeunes sourds et jeunes aveugles. »

Les autres dispositions de l'article 11 de l'annexe 9 restent inchangées.

c) Est ajouté après la grille de « PROFESSEUR D'ENSEIGNEMENT SPÉCIALISÉ » :

« ENSEIGNANT DE LA LANGUE DES SIGNES :

Titulaire d'un diplôme de niveau 3 ou d'une licence professionnelle intervention sociale, option enseignement de la langue des signes française en milieu scolaire

PÉRIODICITÉ	COEFFICIENT
Début	434
Après 1 an	447
Après 3 ans	478
Après 5 ans	503
Après 7 ans	537
Après 9 ans	570
Après 11 ans	581
Après 14 ans	615
Après 17 ans	647
Après 20 ans	679
Après 24 ans	715
Après 28 ans	762 »

Les salariés déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

d) Est ajouté après la grille d'« INTERPRÈTE EN LANGUE DES SIGNES titulaire d'un diplôme professionnel de niveau III tel que maîtrise d'interprétariat en langues de signes, etc. » :

« INTERFACE DE COMMUNICATION

Titulaire d'une licence professionnelle intervention sociale option intervenants spécialisés dans le domaine de la surdité (langue des signes)

PÉRIODICITÉ	COEFFICIENT
Début	434
Après 1 an	447
Après 3 ans	478
Après 5 ans	503
Après 7 ans	537
Après 9 ans	570
Après 11 ans	581
Après 14 ans	615
Après 17 ans	647
Après 20 ans	679
Après 24 ans	715
Après 28 ans	762 »

Les salariés titulaires d'une licence professionnelle intervention sociale option intervenants spécialisés dans le domaine de la surdité (langue des signes) déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

e) Est supprimé le « CODEUR LPC » rattaché à la grille de rémunération de l'éducateur scolaire.

Est ajouté après la grille d'« INTERFACE DE COMMUNICATION » :

« CODEUR LPC

Titulaire d'une licence professionnelle santé spécialité codeur langue française parlée complétée

PÉRIODICITÉ	COEFFICIENT
Début	434
Après 1 an	447
Après 3 ans	478
Après 5 ans	503
Après 7 ans	537
Après 9 ans	570
Après 11 ans	581
Après 14 ans	615
Après 17 ans	647
Après 20 ans	679
Après 24 ans	715
Après 28 ans	762 »

Les salariés titulaires d'une licence professionnelle santé spécialité codeur langue française parlée complétée déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

Article 3

L'annexe 10 est modifiée et complétée comme suit :

a) L'article 18 de l'annexe 10 relatif aux « conditions de recrutement - niveaux de qualification » est complété comme suit après « AMP pour adulte, - Titulaire du CAP d'AMP ou d'une formation équivalente » :

Est ajouté :

« Auxiliaire de vie sociale relevant de l'annexe 10

– titulaire du diplôme d'État de vie sociale (DEAVS) ».

b) Après la grille d'« AMP pour adulte » est ajoutée :

« AUXILIAIRE DE VIE SOCIALE relevant de l'annexe 10

Titulaire du diplôme d'État de vie sociale (DEAVS)

ÉCHELON	COEFFICIENT	COEFFICIENT (1)
Début	396	406
Après 1 an	405	414
Après 3 ans	418	429
Après 5 ans	432	446
Après 7 ans	448	460
Après 10 ans	461	473
Après 13 ans	474	486
Après 16 ans	486	499
Après 20 ans	498	511
Après 24 ans	516	528
Après 28 ans	530	544
(1) Avec sujétions d'internat. »		

Les salariés titulaires du diplôme d'État de vie sociale (DEAVS) déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

Article 4

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris, le 4 mars 2015.

La Fédération des services
de santé et sociaux (CFDT)
Signé

La Fédération des syndicats
santé sociaux (CFTC)
Signé

La Fédération française des professions
de santé et de l'action sociale (CGC)
Signé

La Fédération de la santé
et de l'action sociale (CGT)
Signé

La Fédération nationale
de l'action sociale (CGT-FO)
Signé

La Fédération nationale SUD santé-sociaux
(Solidaires)
Signé

La Fédération nationale des associations
gestionnaires au service des personnes
handicapées et fragiles (FEGAPEI)
Signé

Le Syndicat des employeurs associatifs
de l'action sociale et médico-sociale
(SYNEAS)
Signé

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966

Avenant 332 du 4 mars 2015 régime de prévoyance collectif

Entre

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI), 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris ;

Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris,

D'une part,

Et

Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19 ;

Fédération des syndicats santé et sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris ;

Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris ;

Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT), case 538, 93515 Montreuil Cedex ;

Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris ;

Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part.

Préambule

Les parties signataires se sont réunies afin d'examiner les résultats du régime de prévoyance conventionnel qu'elles ont institué, notamment par l'avenant 322 du 8 octobre 2010. Constatant la forte dégradation des résultats du régime mutualisé, elles ont convenu de la nécessité de modifier certaines garanties dans le but d'assurer la pérennité de ce régime au bénéfice des salariés et des entreprises appliquant la convention collective du 15 mars 1966.

Les parties signataires sont également conscientes du nécessaire besoin de financement de la portabilité des droits des salariés, qui entrera en application à compter du 1er juin 2015 dans la branche, conformément aux dispositions de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

Par ailleurs, concomitamment à cette négociation, les partenaires sociaux ont mis en place une enquête paritaire comprenant des éléments quantitatifs et qualitatifs permettant d'identifier les causes de la sinistralité du régime de prévoyance.

Ces éléments ont vocation à dégager des pistes d'actions visant à améliorer les conditions de travail et la qualité de vie au travail, réduire l'absentéisme et améliorer la prévention des risques professionnels.

Conscients de la nécessité et de l'importance de travailler sur la promotion de la santé au travail et la qualité de vie au travail, les partenaires sociaux, représentant des salariés et des employeurs, s'engagent à élaborer dès 2015 de manière paritaire un plan d'actions permettant de répondre à ces objectifs.

Ce plan d'actions paritaire aura vocation à être décliné dans l'ensemble des entreprises relevant de la présente convention collective. Les représentants des employeurs et des salariés en assureront la promotion et le suivi.

C'est dans ces conditions qu'il a été convenu de modifier, par les mesures suivantes, le régime de prévoyance conventionnel.

Article 1er

Champ d'application

Le premier alinéa de l'article 1er « Champ d'application » de l'avenant 322 du 8 octobre 2010 est complété de la phrase suivante :

« Conformément à l'article R 242-1-1 du code de la sécurité sociale, la catégorie "cadres" s'entend aux termes du présent régime comme le personnel relevant des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. La catégorie "non cadres" s'entend au termes du présent régime comme le personnel ne relevant pas des articles 4 et 4 *bis* de la convention nationale de retraite et de prévoyance des cadres du 14 mars 1947. »

Article 2

Modification de garanties

L'annexe aux dispositions permanentes intitulée « Régime de prévoyance collectif », définie par l'avenant n° 322 du 8 octobre 2010, est modifié selon les dispositions suivantes :

Les montants figurant au premier alinéa du *a* du point 2.1 « Objet et montant de la garantie » de l'article 2 – « Garantie capital décès » sont remplacés comme suit :

« 250 % du salaire de référence tranches A, B et C défini à l'article 6.2 pour la garantie décès,

300 % du salaire de référence tranches A, B et C défini à l'article 6.2 pour la garantie Invalidité absolue et définitive, »

L'article 3-2 – « Rente handicap » est entièrement remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de décès ou d'IAD de l'assuré cadre ou non cadre, il est versé une rente handicap pour chacun de ses enfants handicapés bénéficiaires.

Il est constitué au profit des bénéficiaires une rente viagère dont le montant mensuel est de :

580 € à compter du 1er janvier 2015.

Le montant de base de cette prestation pourra évoluer à l'issue de cette période en tenant compte, notamment, de l'augmentation du montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sur la même période.

Une fois les droits ouverts, le montant de la prestation de base sera revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation OCIRP décidé par le conseil d'administration de l'OCIRP.

Le bénéficiaire est le ou les enfant(s) handicapé(s) du participant à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès du participant, dont l'état de handicap est reconnu selon les modalités prévues ci-dessous :

Reconnaissance de l'état de handicap

Pour justifier du handicap du ou des bénéficiaire(s) doit être obligatoirement joint à la demande de liquidation des prestations, sous enveloppe cachetée destinée au médecin-conseil, un certificat médical attestant, à la date du décès ou de l'invalidité absolue et définitive assimilable au décès, du participant, de l'état de handicap du bénéficiaire potentiel, limitant son activité ou restreignant sa participation à la vie en société, subie dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

En outre, l'union-OCIRP se réserve le droit de demander toutes autres pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires pour l'étude du dossier de liquidation, et attestant du caractère substantiel, durable ou définitif du handicap et notamment toute décision administrative rendue par une commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

Le versement des rentes handicap par anticipation en cas d'IAD ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % met fin à la présente garantie.

Ainsi le décès de l'assuré consécutif à une IAD ou à une IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % ne peut donner lieu au versement d'une nouvelle rente handicap. En tout état de cause, le versement de la rente handicap ayant débuté à la date de reconnaissance de l'IAD ou de l'IPP d'un taux égal ou supérieur à 80 % se poursuit en cas de décès de l'assuré. »

Le huitième alinéa de l'article 4 « Garantie incapacité temporaire de travail » est modifié comme suit :

« Montant de la prestation 97 % du salaire net à payer défini à l'article 6.3 ».

Les troisième, quatrième et cinquième alinéas du point 5.1 « Objet et montant de la garantie » de l'article 5 « Garantie incapacité permanente professionnelle et invalidité » sont modifiés comme suit :

« *a)* En cas d'invalidité 1re catégorie sécurité sociale :

58 % du salaire net à payer défini à l'article 6.3 si le salarié n'exerce pas d'activité professionnelle,
60 % du salaire net à payer défini à l'article 6.3 si le salarié exerce une activité professionnelle,

b) En cas d'invalidité 2e ou 3e catégorie sécurité sociale ou d'IPP d'un taux égal ou supérieur à 66 % :

97 % du salaire net à payer défini à l'article 6.3,

c) En cas d'IPP d'un taux compris entre 33 % et 66 % :

R x 3 n/2 (R = 97 % si le salarié n'exerce pas d'activité professionnelle ou R = 100 % si le salarié exerce une activité professionnelle ; n = taux d'incapacité déterminé par la sécurité sociale). »

Article 3

Modification des cotisations

L'article 7 « Taux de cotisation » est entièrement remplacé par les dispositions suivantes :

« Article 7.1 - Salariés non cadres

Dans le cadre de la mutualisation des régimes auprès des organismes assureurs désignés ces taux sont de 2 % TA et 2 % TB. Pour tenir compte des évolutions légales et techniques des régimes ils seront portés, sous forme de taux d'appel, pour les exercices 2015 à compter de l'entrée en vigueur de l'accord, 2016 et 2017 à :

2,10 % TA et 2,10 % TB.

Considérant que les risques incapacité permanente, invalidité et décès constituent, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, des risques majeurs et lourds de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux dans le cadre de la répartition globale de :

1,05 % TA, TB à la charge du salarié et de
1,05 % TA, TB à la charge de l'employeur

que la cotisation liée à ces risques sera majoritairement financée par ce dernier en contrepartie de la prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation liée à la garantie incapacité temporaire de travail.

Ces taux, exprimés en pourcentage du salaire brut, sont répartis comme suit :

NON CADRES						
Garanties Obligatoires	A la charge de l'employeur		A la charge du salarié		Total	
	TA	TB	TA	TB	TA	TB
Décès	0,430%	0,430%			0,430%	0,430%
Rente Education et Rente Substitutive	0,120%	0,120%			0,120%	0,120%
Rente Handicap	0,020%	0,020%			0,020%	0,020%
Incapacité Temporaire			0,750%	0,750%	0,750%	0,750%
Invalidité IPP	0,480%	0,480%	0,300%	0,300%	0,780%	0,780%
Total	1,050%	1,050%	1,050%	1,050%	2,100%	2,100%

Article 7.2 - Salariés cadres

Dans le cadre de la mutualisation des régimes auprès des organismes assureurs désignés ces taux sont de 2 % TA et 3 % TB. Pour tenir compte des évolutions légales et techniques des régimes ils seront portés, sous forme de taux d'appel, pour les exercices 2015 à compter de l'entrée en vigueur de l'accord, 2016 et 2017 à :

2,10 % TA et 3,15 % TB, TC.

Considérant que les risques incapacité permanente, invalidité et décès constituent, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, des risques majeurs et lourds de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux dans le cadre de la répartition globale de :

0,55 % TA et 1,575 % TB, TC à la charge du salarié et de

1,55 % TA et 1,575 % TB, TC à la charge de l'employeur

que la cotisation liée à ces risques sera majoritairement financée par ce dernier en contrepartie de la prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation liée à la garantie incapacité temporaire de travail.

Ces taux, exprimés en pourcentage du salaire brut, sont répartis comme suit :

CADRES						
Garanties Obligatoires	A la charge de l'employeur		A la charge du salarié		Total	
	TA	TB / TC	TA	TB / TC	TA	TB / TC
Décès	0,620%	0,620%			0,620%	0,620%
Rente Education et Rente Substitutive	0,120%	0,120%			0,120%	0,120%
Rente Handicap	0,020%	0,020%			0,020%	0,020%
Incapacité Temporaire			0,550%	1,075%	0,550%	1,075%
Invalidité IPP	0,790%	0,815%		0,500%	0,790%	1,315%
Total	1,550%	1,575%	0,550%	1,575%	2,100%	3,150%

Le reste des dispositions du régime de prévoyance conventionnel issues de l'avenant n° 322 est inchangé.

Article 4

Mise en place de la portabilité des garanties du présent régime

Le maintien des prestations du présent régime au titre de la portabilité, en application des dispositions de l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, entre en vigueur à compter du 1er juin 2015.

Le maintien des garanties s'effectue par le biais d'un financement assuré par mutualisation intégré aux taux de cotisations applicables aux salariés en activité.

L'employeur mentionne le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail

L'ancien salarié justifie auprès de l'organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale.

Article 5

Effet et durée

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Un exemplaire original sera également établi pour chaque partie.

Paris, le 4 mars 2015

Organisations syndicales de salariés

La Fédération nationale des services de santé et sociaux (CFDT)
Signé

La Fédération des syndicats santé et services sociaux (CFTC)
Signé

La Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC)
Signé

La Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT)
Signé

La Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO)
Signé

La Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires)
Signé

Organisations syndicales d'employeurs

La Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI)
Signé

Le Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS)
Signé

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE DE TRAVAIL DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES POUR PERSONNES INADAPTÉES ET HANDICAPÉES DU 15 MARS 1966

Avenant 333 du 4 mars 2015
Classification de l'emploi d'éducateur de jeunes enfants

Entre

Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI), 14, rue de la Tombe-Issoire, 75014 Paris;

Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris,

D'une part,

Et

Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19;

Fédération des syndicats santé sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris;

Fédération française des professions de sant» et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris;

Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT), case 538, 93515 Montreuil Cedex;

Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris;

Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris,

D'autre part.

Préambule

Le décret n° 2005-1375 du 3 novembre 2005 relatif au diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants a fait évoluer les règles relatives aux domaines de compétences. Désormais, ce diplôme est reconnu de niveau III par le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Afin de tenir compte de ces évolutions réglementaires, les soussignés ont décidé de procéder à la révision de l'annexe 3 de la convention collective du 15 mars 1966 et, en conséquence, d'ouvrir une négociation pour adapter la grille de classification et rémunération au nouveau niveau de qualification.

Ils ont convenu, à l'issue de leur négociation, de conclure le présent accord valant avenant de révision à l'annexe 3 de la convention collective du 15 mars 1966, aux conditions ci-après.

Article 1er

La grille «Éducateur de jeunes enfants» de l'annexe 3 de la convention collective du 15 mars 1966 est remplacée par les dispositions suivantes:

«Éducateur de jeunes enfants

Justifiant du diplôme d'éducateur de jeunes enfants

DÉROULEMENT DE CARRIÈRE		
Périodicité	Coefficient	(1)
De début	434	446
Après 1 an	447	459
Après 3 ans	478	491
Après 5 ans	503	517
Après 7 ans	537	552
Après 9 ans	570	586
Après 11 ans	581	597
Après 14 ans	615	632
Après 17 ans	647	665
Après 20 ans	679	698
Après 24 ans	715	735
Après 28 ans	762	783
(1) Avec sujétions d'internat.		

Article 2

Les salariés titulaires du diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

Article 3

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Paris, le 4 mars 2015.

La Fédération des services de santé et sociaux (CFDT)
Signé

La Fédération des syndicats santé sociaux (CFTC)
Signé

La Fédération française des professions de santé et de l'action sociale (CGC)
Signé

La Fédération de la santé et de l'action sociale (CGT)
Signé

La Fédération nationale de l'action sociale (CGT-FO)
Signé

La Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires)
Signé

La Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées et fragiles (FEGAPEI)
Signé

Le Syndicat des employeurs associatifs de l'action sociale et médico-sociale (SYNEAS)
Signé

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 27 juillet 2015 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° 0178 du 4 août 2015)

NOR : *AFSA1518534A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

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 25 juin 2015 ;

Vu les notifications en date du 24 juillet 2015,

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 :

I. – *Accords collectifs CHRS du SYNEAS*

Protocole 156 du 3 avril 2015 relatif au reclassement des éducateurs de jeunes enfants sur la grille des éducateurs spécialisés.

II. – *Association La Providence*
(19100 Brive-la-Gaillarde)

Accord d'entreprise du 3 mars 2015 relatif à l'aménagement du temps de travail.

III. – *Œuvres de PEN BRON*
(44262 Nantes)

Accord d'entreprise du 23 mars 2015 relatif à la négociation annuelle obligatoire.

IV. – *Association ALPHA*
(49800 Trélazé)

Accord d'entreprise du 2 avril 2015 relatif à l'aménagement du temps de travail.

V. – *Association d'information et d'entraide Mosellane (AIEM)*
(57000 Metz)

Accord d'entreprise du 27 février 2015, accord de substitution relatif à la durée du travail.

VI. – *ADAPEI des Pyrénées-Orientales*
(66050 Perpignan)

Avenant du 24 février 2015 à l'accord d'entreprise du 20 juin 2011 relatif à la mise en œuvre d'une couverture complémentaire frais de santé.

VII. – *Union mutualiste de gestion des établissements du Grand Lyon (UMGEGL)*
(69694 Vénissieux)

Accord d'entreprise du 19 décembre 2014 relatif à la négociation annuelle obligatoire 2014.

VIII. – *Association de parents d'enfants inadaptés du Sénonais (APEIS)*
(89101 Sens)

1. Accord d'établissement du 22 juillet 2014 relatif à la durée maximale quotidienne du travail.

2. Accord d'entreprise du 22 décembre 2014 relatif à la définition d'une convention de forfait en jours pour les cadres du secteur adultes.

3. Avenant n° 2 du 22 décembre 2014 à l'accord du 29 juin 1999 relatif à la révision de l'accord instituant des congés supplémentaires pour les personnels des foyers.

IX. – *Association Œuvres d'Avenir*
(92340 Bourg-la-Reine)

Accord d'entreprise du 13 février 2015 relatif à l'organisation et temps de travail suite à la fusion-absorption.

X. – *Association l'ADAPT*
(93508 Pantin)

Accord d'entreprise du 24 mars 2015 relatif au taux de participation au titre du plan de formation.

XI. – *Association Habiter ensemble et vivre autrement (HEVEA)*
(95280 Jouy-le-Moûtier)

1. Accord d'entreprise du 21 mai 2014 relatif au droit d'expression des salariés.

2. Accord d'entreprise du 21 mai 2014 relatif à la diffusion de tracts syndicaux sur la messagerie électronique et d'une page syndicale sur l'intranet.

3. Accord collectif du 25 juillet 2014 - accord collectif de substitution sur les prestations d'assurance santé.

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

I. – *Association Les PEP 63*
(63050 Clermont-Ferrand)

Procès-verbal d'accord du 21 janvier 2015 et annexes I, II et III du 15 décembre 2014 relatifs à la négociation annuelle obligatoire 2014.

II. – *Association Œuvre FALRET*
(75015 Paris)

Accord d'entreprise du 6 février 2015 relatif au versement de primes de transfert.

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 27 juillet 2015.

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

Nota. – Le texte des accords cités à l'article 1er (I) ci-dessus sera publié au *Bulletin officiel* santé-protection sociale-solidarité n° 08/15, disponible sur les sites intranet et internet du ministère de la santé et des sports.

ANNEXE

ACCORDS COLLECTIFS DE TRAVAIL APPLICABLES DANS LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉADAPTATION SOCIALE ET DANS LES SERVICES D'ACCUEIL, D'ORIENTATION ET D'INSERTION POUR ADULTES

Protocole n° 156 du 3 avril 2015 relatif à la classification de l'emploi d'éducateur de jeunes enfants

Entre :

Le Syndicat des employeurs associatifs action sociale et santé (SYNEAS), 3, rue au Maire, 75003 Paris

D'une part,

Et

La Fédération des services de santé et sociaux (CFDT), 47-49, avenue Simon-Bolivar, 75950 Paris Cedex 19 ;

La Fédération des syndicats santé et sociaux (CFTC), 34, quai de la Loire, 75019 Paris ;

La Fédération française de la santé, de la médecine et de l'action sociale (CFE-CGC), 39, rue Victor-Massé, 75009 Paris ;

La Fédération nationale de l'action sociale Force ouvrière (FO), 7, passage Tenaille, 75014 Paris ;

La Fédération nationale SUD santé-sociaux (Solidaires), 70, rue Philippe-de-Girard, 75018 Paris ;

D'autre part.

Préambule

Le décret n° 2005-1375 du 3 novembre 2005 relatif au diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants a fait évoluer les règles relatives aux domaines de compétences. Désormais, ce diplôme est reconnu de niveau III par le répertoire national des certifications professionnelles (RNCP).

Afin de tenir compte de ces évolutions réglementaires, les soussignés ont décidé de procéder à la révision de l'annexe 1 des accords collectifs CHRS et, en conséquence, d'ouvrir une négociation pour adapter la grille de classification et rémunération au nouveau niveau de qualification.

Ils ont convenu, à l'issue de leur négociation, de conclure le présent accord valant avenant de révision à l'annexe 1 des accords collectifs CHRS, aux conditions ci-après.

Article 1er

L'emploi d'éducateur de jeunes enfants est rattaché au groupe n° 5 de la grille de classification et de rémunération.

Article 2

Les salariés titulaires du diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants déjà en poste au moment de l'entrée en vigueur de cet avenant seront reclassés au coefficient égal ou immédiatement supérieur. Le coefficient de rémunération ainsi obtenu ne devra pas être inférieur au coefficient dont le salarié en poste aurait bénéficié en cas de recrutement direct dans cette qualification. Dans cette hypothèse, le coefficient plus favorable devra être appliqué.

Article 3

Le présent accord est conclu pour une durée indéterminée.

Conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, le présent avenant sera soumis à la procédure d'agrément.

Il entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de son arrêté d'agrément.

Il sera également soumis aux formalités de dépôt, selon les dispositions légales et réglementaires.

Fait à Paris le 3 avril 2015.

La Fédération des services
de santé et sociaux (CFDT)
signé

La Fédération des syndicats
santé et sociaux (CFTC)
signé

La Fédération française des professions
de santé et de l'action sociale (CFE-CGC)
signé

La Fédération nationale de
l'action sociale (CGT-FO)
signé

La Fédération nationale solidaires SUD
santé-sociaux (Solidaires)
signé

Le Syndicat des employeurs associatifs
de l'action sociale et médico-sociale
(SYNEAS)
signé

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 27 juillet 2015 portant nomination à la Commission centrale d'aide sociale

NOR : *AFSA1530522A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,
Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L 134-2;
Vu l'arrêté du 26 mai 2015 portant nomination à la commission centrale d'aide sociale;
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-250 QPC du 8 juin 2012,

Arrête:

Article 1er

Est nommée rapporteure auprès de la commission centrale d'aide sociale, en tant que personne particulièrement compétente en matière d'aide ou d'action sociale: Mme Mélody Martin.

Article 2

Il est mis fin sur sa demande, aux fonctions de M. Jacques MIGNAUX, président de section à la commission centrale d'aide sociale.

Article 3

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

Fait le 27 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
La sous-directrice des affaires financières
et de la modernisation,
C. Lambert

SOLIDARITÉS

ACTION SOCIALE

Handicapés

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

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

Instruction DGCS/SD3B n° 2015-233 du 10 juillet 2015 relative à l'organisation des séjours de vacances pour personnes handicapées majeures

NOR : *AFSA1516843J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP, le 12 juin 2015. – Visa CNP 2015-103.

Examinée par le COMEX, le 4 juin 2015.

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

Résumé : l'instruction explicite les conditions dans lesquelles l'agrément « vacances adaptées organisées » est délivré suite à l'entrée en vigueur de la réforme du dispositif. L'agrément reste obligatoire dès lors que l'organisateur du séjour accueille des groupes constitués de plus de trois personnes handicapées majeures au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles. L'exigence de garantir au mieux la sécurité, la santé, le bien-être et le confort des personnes accueillies est renforcée, et l'ensemble de la procédure d'agrément est revue en ce sens. La durée de l'agrément, jusqu'à présent valable trois ans, est portée à cinq ans. La déclaration des séjours deux mois puis huit jours avant leur réalisation est maintenue, mais les formulaires déclaratifs sont précisés. En revanche, l'obligation de déclaration du programme des activités pour l'année suivante, qui ne permet pas un suivi précis de l'activité, est supprimée. En outre, l'articulation entre la procédure d'agrément et le suivi de l'activité exercée par l'organisme agréé est renforcée par l'instauration de l'obligation de signalement de tout changement d'éléments liés à l'agrément et l'établissement d'un bilan d'activité pour le renouvellement d'agrément. Les nouvelles exigences doivent permettre de s'assurer des compétences de l'organisateur de séjours, qui devra en particulier justifier de sa motivation, ainsi que de la qualité de la prestation de vacances qui devra être construite autour d'un véritable projet de séjour. À ce titre, l'instruction précise, en annexe, les bonnes pratiques relatives aux conditions minimales d'accueil et d'accompagnement des vacanciers. En outre, l'obligation de signalement des événements indésirables graves est instaurée ainsi que celle de prévoir les conditions d'évacuation ou de rapatriement des personnes accueillies, notamment à l'étranger. L'instruction précise les modalités d'entrée en vigueur du dispositif, ainsi que les modalités de déploiement par étapes du système d'information dédié (SI-VAO).

Mots clés : vacances adaptées organisées – personnes handicapées majeures – immatriculation – agrément – renouvellement – suspension – retrait – déclarations – projet de séjour – sécurité des lieux et des personnes – bien-être physique et moral – suivi des médicaments – transport – réorientation – évacuation – signalement – dispositions transitoires – système d'information.

Références :

Articles L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme ;

Décret n° 2015-267 du 10 mars 2015 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées » modifiant les articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme.

Circulaires abrogées : circulaire DGAS/SD3 n° 2006-190 du 28 avril 2006 relative à l'organisation des séjours de vacances pour adultes handicapés abrogée à compter du 1er mai 2009 en application du décret n° 2008-1281 du 8 décembre 2008 relatif aux conditions de publication des instructions et circulaires.

Annexes :

Annexe 1. – Cadre réglementaire.

Annexe 2. – Bonnes pratiques relatives aux conditions minimales d'accueil et d'accompagnement des vacanciers.

Annexe 3. – Formulaire Cerfa 12672*03.

Annexe 4. – Modèles de courriers types et d'arrêtés types.

Annexe 5. – Modèle du questionnaire médical mentionné à l'article R. 412-11-3° du code du tourisme.

Annexe 6. – Modèle de fiche de suivi des médicaments.

Annexe 7. – Modèle de programme des sessions de sensibilisation au handicap et à l'organisation des séjours de vacances adaptées organisées.

Annexe 8. – Modèle de protocole de signalement des événements indésirables.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de département. Copie : Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale.

La présente instruction a pour objet de présenter les évolutions apportées à la procédure d'agrément des organismes de séjour de « vacances adaptées organisées » par le décret n° 2015-267du 10 mars 2015 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées », publié au *JO*RF du 12 mars, et entré en vigueur le lendemain de sa publication. Afin d'être tout à fait exhaustive quant à cette procédure et au déroulement des séjours, la présente instruction est également accompagnée d'annexes techniques qui pourront guider vos services.

L'article L. 412-2 du code du tourisme, issu de l'article 48 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, prévoit que toute personne physique ou morale qui organise, en les réalisant ou en les faisant réaliser, des activités de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinées spécifiquement à des groupes constitués de personnes handicapées majeures doit bénéficier d'un agrément «vacances adaptées organisées» (VAO).

L'agrément est accordé par le représentant de l'État dans la région dans des conditions fixées par décret. Il vise à assurer aux personnes handicapées, qui choisissent des séjours de vacances collectifs, des conditions de sécurité adaptées, ainsi qu'une qualité de l'accueil et de l'accompagnement.

Si les activités touristiques relèvent par ailleurs du champ d'application des articles L. 211-1 et L. 211-2 du même code, l'organisateur doit en outre être immatriculé au registre prévu à l'article L. 141-3 du code du tourisme. L'immatriculation est renouvelable tous les trois ans.

L'objectif, lors de la mise en place du dispositif, décliné dans le décret n° 2005-1759 du 29 décembre 2005 relatif à l'agrément VAO, codifié aux articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme, était de prévoir une réglementation souple, permettant d'encadrer ces activités sans pour autant instaurer des mesures contraignantes pour les organisateurs, qui sont, le plus souvent, des organismes associatifs de petite taille.

Les expériences sur le terrain ont montré d'une part la nécessité de renforcer l'encadrement des activités VAO telles qu'elles ont été prévues en 2005, et en particulier de préciser les compétences

attendues de la part des organisateurs, et d'autre part de tenir compte de l'évolution des pratiques et des demandes des personnes handicapées, notamment pour ce qui concerne les vacances à l'étranger.

Le projet de réforme a été préparé dans le cadre d'un groupe de travail DGCS/DGS/DRH/DRJSCS/DDCS (PP)/DJEPVA/DGE. Le décret n° 2015-267 du 10 mars 2015 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées » résulte des travaux de ce groupe national. Il modifie les articles R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme pour renforcer la qualité de service et mettre en place un encadrement précis et adapté des pratiques.

Outre les consultations obligatoires, notamment le conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), le projet de décret a été soumis à l'avis du conseil national des loisirs et du tourisme adapté (CNLTA), du collectif des organismes de tourisme adapté (COTA) et de l'union nationale des activités de tourisme et des activités de plein air (UNAT).

Le pilotage global du dispositif, notamment dans le cadre du déploiement d'un système d'information dédié (le SI-VAO) améliorera les conditions d'instruction et de suivi des dossiers VAO, le contrôle des activités, simplifiera les démarches administratives et renforcera la visibilité des activités VAO au plan national.

La présente instruction rappelle le cadre réglementaire (annexe 1).

Un guide des bonnes pratiques (recommandations relatives aux conditions d'encadrement ou de transport des vacanciers, besoins médicaux, etc.) lui est annexé (annexe 2) ainsi que des documents types dont certains sont des supports du SI-VAO : Cerfa n° 12672*03 : déclaration deux mois puis huit jours avant le séjour ; modèles d'arrêtés et de courriers types, outils d'aide à la procédure (modèle de questionnaire médical - article R. 412-11 3° ; modèle de fiche de suivi de la distribution des médicaments ; grille indicative des thèmes à aborder lors de la sensibilisation des personnels ; formulaire de remontée des informations) – annexes 3 à 8.

Le dispositif sera ultérieurement complété pour préciser les modalités du contrôle des séjours afin de les harmoniser dans le cadre d'une grille de contrôle partagée. Une instruction complémentaire viendra en expliciter la mise en œuvre.

Pour la ministre et par délégation :

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

ANNEXE 1

LE CADRE RÉGLEMENTAIRE – LES MODALITÉS D'ATTRIBUTION DE L'AGRÉMENT « VACANCES ADAPTÉES ORGANISÉES » (VAO)

Afin de garantir au mieux la protection des personnes handicapées majeures accueillies, la réforme maintient le régime de l'agrément préalable à l'exercice des activités de « vacances adaptées organisées ». En revanche, dans un souci de simplification, la durée de l'agrément, jusqu'à présent valable trois ans, est portée à cinq ans.

I. – LA RÉVISION DU RÉGIME D'AGRÉMENT

I.1. **Les activités concernées et leur périmètre**

Toute personne physique ou morale doit être titulaire de l'agrément « vacances adaptées organisées », si elle organise :

- en les réalisant ou en les faisant réaliser par un intermédiaire ;
- des activités de vacances, avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours (soit cinq jours avec retour dans la nuit du cinquième au sixième jour, ou au delà) ;
- destinées exclusivement à des groupes constitués au moins de trois personnes handicapées majeures au sens de l'article L. 114 du code de l'action sociale et des familles (CASF), ce qui exclut l'organisation de séjours VAO pour des groupes mixtes constitués d'enfants et d'adultes.

Ces conditions sont cumulatives.

L'interdiction de mixité des groupes

Les séjours de vacances à titre collectif pour les personnes handicapées majeures (dits VAO) sont régis par les dispositions des articles L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme.

L'article L. 412-2 prévoit que les séjours VAO sont spécifiquement destinés à des groupes constitués de personnes handicapées majeures. L'article L. 412-8 renforce le principe et précise que les groupes doivent être exclusivement constitués de personnes majeures.

Les accueils collectifs de mineurs (ACM) sont quant à eux réglementés par les articles L. 227-1 et suivants et R. 227-7 et suivants du code de l'action sociale et des familles (CASF) ainsi que par les articles L. 2324-1 à L. 2324-4 et R. 2324-10 à R. 2324-15 du code de la santé publique (CSP).

Pour rappel, l'article 414 du code civil prévoit que « la majorité est fixée à dix-huit ans accomplis ».

Le fait que le secteur médico-social en faveur des personnes handicapées, qui établit au demeurant une distinction importante entre les établissements et services s'adressant aux enfants handicapés et aux adultes handicapés, prévoie que l'âge de 20 ans constitue le critère de passage entre les deux dispositifs ne saurait constituer un précédent susceptible de permettre une dérogation aux éléments précités relatifs au dispositif VAO.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, les séjours organisés pour les jeunes de plus de vingt ans maintenus par dérogation d'âge par les établissements qui les hébergent habituellement relèvent exclusivement des dispositions de l'arrêté du 26 mars 2003 sous le lien suivant : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000419346.

Rien n'interdit en revanche que les jeunes de plus de 18 ans puissent être accueillis dans un séjour de vacances adaptées organisées durant les périodes de fermeture de leur établissement d'hébergement habituel.

Par ailleurs, l'interdiction de constituer des groupes mineurs/majeurs ne signifie pas qu'un séjour VAO ne peut se dérouler dans une structure accueillant au même moment un accueil collectif de mineurs. Dans ce cas, il est nécessaire de veiller à ce que les lieux de couchage, les sanitaires, les activités, les personnels, etc. ne soient pas partagés. De manière générale, il conviendra, lors du contrôle, d'être attentif à l'organisation et au fonctionnement des séjours ainsi qu'à la disposition des bâtiments et des lieux.

L'article L. 412-2 du code du tourisme prévoit que les établissements et services soumis à l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du CASF, c'est-à-dire les établissements et services sociaux et médico-sociaux (MAS, FAM, foyers d'hébergement, etc.), qui organisent des séjours de vacances pour leurs usagers dans le cadre de leur activité sont dispensés de cet agrément.

Échappant au régime VAO, ces établissements et services médico-sociaux (ESMS) ne sont par ailleurs pas tenus de déclarer les séjours qu'ils organisent dans le cadre de leur activité propre.

À titre d'exemple, l'agrément ne s'impose pas pour le directeur d'un foyer d'hébergement qui organise dans le cadre de ses activités habituelles un séjour de vacances pour ses résidents, le personnel du foyer étant chargé de l'accompagnement des résidents durant le séjour. L'établissement assume ici l'accompagnement des personnes handicapées au titre de ses responsabilités habituelles.

Il est en revanche tenu, lorsqu'il prévoit, en application de l'article D. 344-5-7 du CASF, l'accueil d'une personne handicapée majeure dans un séjour VAO, notamment à l'occasion des périodes de fermeture de son établissement, de s'assurer que l'organisme d'accueil est titulaire de l'agrément requis.

En revanche, les associations gestionnaires de plusieurs ESMS ne sauraient être exonérées de l'obligation d'agrément pour les séjours qu'elles organisent au bénéfice soit de l'ensemble des personnes hébergées dans ces établissements, soit de groupes constitués parmi ces résidents. La loi en effet n'exonère du régime VAO que les ESMS (et non les structures qui en sont gestionnaires) qui organisent les séjours pour leurs propres résidents dans le cadre de leurs activités.

Il convient à cette occasion de veiller aux pratiques de certaines structures qui délèguent de fait une partie des responsabilités qui leurs sont dévolues en application du CASF, à des structures titulaires de l'agrément VAO.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, de telles pratiques sont non conformes aux dispositions des articles L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme relatives au dispositif VAO, et paraissent également contraires aux conditions de fonctionnement et aux obligations des ESMS.

Ne sont pas davantage concernées par cet agrément :

- les personnes physiques ou morales organisant, pour des groupes de personnes handicapées majeures constitués de moins de trois personnes ;
- les personnes physiques ou morales organisant des séjours de vacances d'une durée inférieure à cinq jours (c'est-à-dire inférieur à quatre nuitées de midi à midi) ;
- les personnes physiques ou morales recevant des personnes handicapées majeures qui voyagent et séjournent à titre individuel.

À ce titre, un établissement hôtelier, dans lequel des personnes handicapées décideraient individuellement de séjourner, n'est pas soumis à l'obligation d'agrément.

En revanche, un opérateur touristique qui offre des prestations spécifiques à destination de personnes handicapées majeures voyageant collectivement le sera, quand bien même le lieu de séjour accueille par ailleurs des personnes valides, comme cela est le cas notamment de l'association X qui organise un séjour pour un groupe de personnes handicapées majeures, en réservant des chambres dans un village de vacances.

Le cas particulier des séjours sportifs

L'attention de la DGCS a été appelée à plusieurs reprises sur la situation de fédérations sportives, organisant des séjours mixtes, et considérant par ailleurs que les dispositions du code du sport pouvait les exonérer des obligations d'agrément VAO.

L'article L. 131-7 du code du sport prévoit qu'afin de favoriser l'accès aux activités sportives sous toutes leurs formes, les fédérations sportives et les associations de jeunesse et d'éducation de jeunesse et d'éducation populaire agréées par le ministre chargé de la jeunesse peuvent mettre en place des règles de pratiques adaptées et ne mettant pas en danger la sécurité des pratiquants. Les articles L. 131-8 et suivants du même code des sports prévoient les conditions d'agrément des fédérations sportives, ainsi que les conditions d'organisation de ces missions.

Les dispositions du code du sport et du CASF ou du tourisme sont cumulatives.

Ainsi, toute fédération sportive ou délégation locale qui organise des séjours d'une durée supérieure à cinq jours pour des groupes constitués de plus de trois personnes handicapées majeures est tenue de solliciter l'agrément VAO (articles L. 412-2 et R. 412-8 du code du tourisme).

Contrairement aux dispositions antérieures, l'article R. 412-8 du code du tourisme prévoit désormais explicitement que l'obligation d'agrément s'impose aux personnes physiques ou morales, qu'elles organisent des séjours sur le territoire national ou à l'étranger.

C'est en effet la nature de l'activité, définie au point I-1 ci-dessus, le public bénéficiaire et toute personne physique ou morale, quelle que soit sa nationalité, mettant en œuvre des séjours à l'étranger répondant à la définition de l'article R. 412-8 du code du tourisme qui est soumise à la procédure d'agrément VAO.

I.2. **L'immatriculation au registre d'Atout France**

Si les activités touristiques relèvent du champ d'application des articles L. 211-1 et L. 211-2 du code du tourisme[1], l'organisateur doit être immatriculé au registre prévu à l'article L. 141-3 du code du tourisme. L'immatriculation est renouvelable tous les trois ans.

L'article L. 211-18 III a) prévoit toutefois que les associations et organismes sans but lucratif qui n'ont pas pour objet l'organisation de voyages ou de séjours et qui ne se livrent à ces opérations qu'à l'occasion de leurs assemblées générales ou de voyages exceptionnels, liés à leur fonctionnement, et qu'ils organisent pour leurs adhérents ou ressortissants, ne sont pas tenus de satisfaire aux obligations d'immatriculation.

Les associations appartenant à une fédération ou union elle-même immatriculée et s'en portant garante, de même que celles organisant des ACM ou gérant des villages de vacances ou maisons familiales agréées, sont également dispensées de l'immatriculation (article L. 211-18 III *b)* et *c)*).

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, la dispense n'a pas vocation à s'appliquer aux structures qui développent de manière régulière une activité de vacances avec hébergement, quand bien même les séjours ne seraient pas nombreux. L'organisation d'un voyage annuel d'une durée supérieure à cinq jours autre que celui lié à l'assemblée générale suffit à imposer l'immatriculation au registre de la structure organisatrice.

La position de la DGE confirmée lors des travaux de réforme est la suivante : les activités d'organisation de voyages et de séjours présentent des risques physiques et pécuniaires. L'immatriculation au registre des opérateurs de voyages et de séjour vise à maîtriser ces risques en soumettant les opérateurs à des obligations de garantie financière, d'assurance de responsabilité civile professionnelle et d'aptitude financière. Le dispositif de vacances adaptées organisées s'adressant à une population fragile, il est d'autant plus nécessaire de fournir à celle-ci la protection apportée par l'immatriculation au registre d'Atout France. Si ces exigences paraissent trop lourdes à certaines associations, il leur est possible de s'adresser à des opérateurs immatriculés susceptibles de se porter garants ou d'organiser ces activités.

I.3. **La liberté de prestation de services**

Comme c'était déjà le cas dans la réglementation antérieure, l'article R. 412-10 du code du tourisme fait application du droit communautaire en matière de liberté de prestation de services et prévoit que tout ressortissant d'un État membre de l'Union européenne autre que la France ou d'un autre État partie à l'accord sur l'espace économique européen peut se livrer ou apporter son concours aux activités mentionnées à l'article R. 412-8, sans être établi sur le territoire national, dès lors qu'il est titulaire de l'agrément « vacances adaptées organisées ».

L'article R. 412-10 du code du tourisme est en outre complété afin de tenir compte des exigences issues de la directive 2006/123 du Parlement européen et du conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur qui :

– prévoit que l'État membre dans lequel le prestataire de services se déplace ne peut imposer le respect de certaines exigences propres que pour autant que celles-ci soient non discriminatoires, proportionnées et justifiées (raisons relatives à l'ordre public, à la sécurité publique, à la santé publique) ;
– et édicte la règle selon laquelle un ressortissant communautaire dans l'État d'origine duquel l'activité est réglementée doit pouvoir bénéficier d'une reconnaissance de l'autorisation ou de l'agrément qui lui a été délivré dans cet État, dès lors que l'équivalence entre ces deux autorisations est établie.

Ainsi, le demandeur qui a obtenu dans son pays d'origine un titre d'effet équivalent à l'agrément « vacances adaptées organisées » produit les justificatifs nécessaires pour en attester. La demande d'agrément, les pièces jointes et les éventuels justificatifs sont rédigés en langue française ou, à défaut, accompagnées d'une traduction.

Ces demandes sont gérées par la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France.

---

[1] Qui consistent en :
– l'organisation ou la vente de voyage ou de séjours individuels ou collectifs ;
– l'organisation ou la vente de services fournis à l'occasion des voyages ou séjours tels que la délivrance de titres de transport, de réservation de chambres ;
– l'organisation ou la vente de services liés aux visites de sites ;
– ou fourniture de forfaits touristiques.

Pour rappel, l'une des finalités de la directive 2006/123 précitée est de garantir aux destinataires d'une prestation (les consommateurs) qu'ils peuvent faire appel à des prestataires d'un autre État-membre que le leur dans des conditions de qualité équivalentes.

Il ne s'agit en revanche pas d'imposer la réglementation française à des prestataires d'autres États de l'UE qui offrent un service à leurs propres résidents, quand bien même le séjour est organisé sur le territoire français. Les prestataires qui agissent pour le compte de leurs propres résidents restent dans ce cas soumis à leur réglementation nationale si elle existe.

De fait, les organismes français qui organisent des séjours de vacances dans d'autres États de l'UE pour les ressortissants français sont bien soumis aux exigences du décret VAO mais en aucun cas aux éventuelles réglementations européennes pour ce domaine précis.

I.4. **Le dossier de demande d'agrément et les modalités de son examen**

I.4.1. *Le demandeur*

Seule la personne physique ou morale organisatrice des séjours de vacances adaptées est tenue d'être titulaire de l'agrément VAO. Qu'elle sous-traite ou délègue la totalité ou une partie de l'organisation ou organise elle-même l'ensemble de la prestation, c'est le titulaire de l'agrément qui est responsable de l'organisation du séjour et de son bon déroulement.

À titre d'exemple, l'association A organise un séjour VAO. C'est elle qui doit être titulaire de l'agrément VAO. En revanche, l'entreprise de transport B à laquelle l'association A fait appel pour effectuer le déplacement de ses vacanciers, de même que l'établissement hôtelier C dans lequel cette même association loue des chambres sont considérés comme des prestataires de service et n'ont donc pas l'obligation d'obtenir l'agrément.

De la même manière, l'association nationale D, structurée en délégations locales, qui propose des séjours VAO en en confiant seulement l'organisation aux délégations locales, mais en conservant la responsabilité de leur bon déroulement, doit être titulaire de l'agrément. Cette obligation d'agrément ne s'impose en revanche pas à ses délégations locales, qui mettent en œuvre les séjours sous la responsabilité du titulaire de l'agrément.

En revanche, une délégation locale qui prendrait l'initiative en son nom propre d'organiser un séjour VAO doit solliciter l'agrément, quand bien même l'association ou la fédération nationale dont elle est membre est déjà titulaire de l'agrément VAO. Le fait que la fédération nationale soit titulaire de l'agrément VAO et se porte garante de sa délégation locale n'exonère pas cette dernière de l'obligation d'agrément.

De même, un hôtelier qui souhaiterait héberger dans son établissement des personnes handicapées majeures accueillies dans le cadre de séjours VAO que lui-même organise doit être au préalable titulaire de l'agrément.

I.4.2. *Modalités de dépôt*

L'article R. 412-9 du code du tourisme prévoit désormais que la demande d'agrément s'effectue par tous moyens y-compris par voie électronique.

Elle doit être déposée au plus tard quatre mois avant la date du premier séjour organisé auprès de la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de son siège social pour une personne morale ou de son lieu d'implantation pour une personne physique, et donne lieu à accusé de réception si le dossier comporte toutes les pièces requises.

Les ressortissants des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France adressent, en application de l'article R. 412-10 du code du tourisme, leur dossier de demande d'agrément à la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'Île-de-France.

I.4.3. *Contenu du dossier de demande d'agrément*

Les éléments constitutifs du dossier de demande d'agrément sont renforcés de manière substantielle par rapport à la réglementation antérieure.

Sont tout d'abord précisées les mentions que doit comporter la demande selon qu'elle est présentée par une personne physique ou une personne morale.

La demande d'agrément présentée par une personne physique mentionne l'état civil, la profession et le domicile du demandeur ainsi que l'adresse du siège de ses activités.

La demande d'agrément présentée au nom d'une personne morale mentionne la dénomination sociale, la forme juridique, les statuts, l'adresse du siège social et de ses établissements secondaires ou délégations locales, ainsi que l'état civil et le domicile du ou des représentants légaux ou statutaires seuls habilités à présenter la demande.

Le demandeur, qu'il soit personne physique ou morale, doit désormais accompagner son dossier d'un document exposant ses motivations, ses expériences et compétences. Cette nouvelle exigence a pour objectifs conjoints d'amener le demandeur s'engageant dans cette activité à s'interroger sur les exigences particulières liées à l'accueil des publics vulnérables que sont les personnes handicapées et à leurs besoins spécifiques, et de permettre au service instructeur d'évaluer tant le degré de compétence ou de savoir faire du candidat en matière d'organisation de séjours de vacances en général, que sa compréhension des problématiques du handicap et de la finalité du dispositif VAO.

Outre la mention désormais explicite du certificat d'immatriculation au registre des opérateurs de voyages et de séjours, le dossier qui accompagne le document de motivation est complété d'une note qui apporte, à titre prévisionnel, les informations suivantes :

- l'attestation d'assurance responsabilité civile couvrant les activités des séjours envisagés ainsi que l'attestation d'assurance en cas de rapatriement ;
- la présentation générale des projets de séjours envisagés comportant notamment les éléments détaillés ci-dessous :
- le nombre et les lieux de séjours de vacances envisagés au cours de l'année suivante, indiquant à titre indicatif leur chronologie et périodicité ;
- le nombre de personnes susceptibles d'être accueillies par séjour en tenant compte des différents types de déficiences ;
- le nombre, les compétences et l'expérience des accompagnants prévus par lieux de vacances, notamment pour ce qui concerne l'encadrement de certaines activités sportives ainsi que les compétences et, le cas échéant, l'expérience du responsable du déroulement du séjour sur le lieu de vacances ;
- les mesures envisagées au cas où des accompagnants supplémentaires devraient être recrutés en urgence ;
- les animations et activités prévues au cours des séjours ;
- les conditions d'organisation des transports du lieu habituel de résidence au lieu de vacances de même que lors du retour, et, durant le séjour, du lieu d'hébergement au lieu des activités ;
- le suivi médical envisagé en fonction des besoins et de la demande des personnes accueillies, et notamment les mesures prévues pour la distribution et le stockage des médicaments, ainsi que les accords passés avec un cabinet paramédical ou un médecin à proximité du lieu de séjour de vacances organisé ;
- l'existence d'un protocole, afin de permettre, en cas de besoin, la réorientation, l'évacuation et le rapatriement des personnes accueillies au cours du séjour ;
- si la personne handicapée en fait la demande, les conditions de la gestion sur place de son budget personnel.

À ce dossier est joint le modèle de questionnaire adressé préalablement à la tenue du séjour à la personne accueillie, ou à son représentant légal, afin de connaître ses besoins ou ses problèmes de santé (un modèle de questionnaire figure en annexe 5). Il est rappelé que les informations renseignées dans ce questionnaire sont strictement confidentielles.

Il convient de noter que l'exigence, mentionnée à l'article R. 412-10 issu du décret n° 2005-1759 du 19 décembre 2005, qui s'imposait aux prestataires ressortissants des États membres de l'Union européenne autres que la France ou des autres États partie d'accompagner leur dossier de demande d'agrément de la licence d'agent de voyage est désormais supprimée.

En effet, les articles R. 212-42 et R. 212-44 du code du tourisme relatifs à la licence d'agent de voyage, ont été abrogés par le décret n° 2009-1650 du 23 décembre 2009 (article1ER III) portant application de la loi n° 2009-888 du 22 juillet 2009 de développement et de modernisation des services touristiques. L'obligation de détention de la licence d'agent de voyages est désormais remplacée, à compter du 1er janvier 2010, par l'obligation d'immatriculation.

Il convient en sus de noter que l'article L. 211-22 du code du tourisme prévoit que « La déclaration de réalisation de prestations touristiques en France faite auprès d'Atout France par les prestataires ressortissants des États membres de l'Union européenne autres que la France ou des autres États partie en application de l'article L. 211-21 du même code vaut immatriculation automatique au registre du tourisme mentionné au I de l'article L. 211-18.

Les informations contenues dans la note étant apportées à titre prévisionnel, il ne peut par exemple être exigé de connaître à ce stade les noms et qualifications précises des personnes recrutées pour accompagner les vacanciers, ni d'obtenir une présentation des lieux de séjour envisagés ainsi que de leur environnement proche.

Ces informations seront en revanche précisées dans le formulaire déclaratif qui doit être rempli deux mois puis huit jours avant le séjour, en application de l'article R. 412-14 du code du tourisme (les modèles de formulaires figurent en annexe 3).

Le demandeur doit cependant, au moment de la demande d'agrément, être en mesure de proposer un véritable projet de séjour, prenant en compte les différents types de déficiences, respectant par ailleurs les demandes des vacanciers pour le suivi de leurs médicaments, assurant le suivi de leur budget personnel si elles en ont fait la demande, et prévoyant les modalités de réorientation si le séjour s'avérait inadapté. Le demandeur se trouve donc, dès le dépôt de la demande d'agrément, engagé dans une « démarche qualité » quant au contenu et au déroulement de la prestation de vacances proposée.

I.4.4. *Les modalités d'examen du dossier*

Le préfet de région dispose d'un délai de deux mois pour délivrer l'agrément ou faire connaître son refus motivé. Il convient de noter que le silence gardé pendant deux mois sur une demande d'agrément, à compter de la date de réception de la demande ou, le cas échéant, des informations complémentaires, vaut décision d'acceptation.

Une demande de renseignements complémentaires suspend le délai d'instruction, conformément aux dispositions de l'article 20 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 modifiée relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Toute demande provenant d'un organisme s'étant vu retirer l'agrément « vacances adaptées organisées » moins d'un an auparavant est par ailleurs irrecevable.

Comme indiqué ci-dessus, tout refus opposé à une demande d'agrément doit être motivé. L'article R. 412-12 du code du tourisme dans sa nouvelle rédaction indique précisément les éléments susceptibles de conduire à un tel refus. Ainsi, le préfet de région peut faire connaître son refus motivé s'il considère que l'organisme ne présente pas de garanties suffisantes, notamment financières, pour assurer les prestations ou n'assure pas une qualité des prestations offertes en adéquation avec le nombre et les déficiences des personnes accueillies au cours des séjours.

Il appréciera ces éléments en particulier au vu des éléments constitutifs du projet de séjour, qui doit a *minima* permettre aux personnes handicapées majeures de se reposer dans des conditions sécurisées et adaptées, et garantir des conditions d'accompagnement en fonction du nombre de personnes accueillies, de leur handicap, et des activités proposées.

Ces exigences minimales, ou bonnes pratiques, sont décrites en annexe 2.

Il appartient en outre au préfet de s'assurer de l'immatriculation des personnes sollicitant l'agrément VAO lorsque ces dernières ne relèvent pas des exceptions prévues à l'article L. 211-18 III a).

Il ne lui appartient pas, en revanche, de vérifier au fond le respect des exigences liées à l'immatriculation. Les services pourront utilement sur ce point se rapprocher des services de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE).

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, une structure agréée VAO dont l'immatriculation au registre Atout France ne serait plus valable, n'implique pas *de facto* l'annulation de la décision d'agrément. En revanche, dans l'attente du renouvellement de l'immatriculation la structure agréée ne peut proposer, au titre des activités VAO qu'elle organise, aucune des prestations touristiques mentionnées à l'article L. 211-1 I du code du tourisme, à savoir :

- organisation ou vente de voyages individuels ou collectifs ;
- fourniture des services tels que la délivrance de titres de transports, de réservation d'hébergement ou de restauration ;
- fourniture de services liés à l'accueil touristique, notamment l'organisation de visites de musées ou de monuments.

L'article L. 211-13 du code du tourisme prévoit notamment que le fait de se livrer ou d'apporter son concours à l'une ou l'autre de ces activités sans respecter les exigences prévues par le code du tourisme est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

L'agrément « vacances adaptées organisées » est désormais délivré pour une durée de cinq ans, au lieu de trois dans la réglementation précédente.

Durant cette période la personne physique ou morale agréée est tenue de transmettre au préfet, par tous moyens, y compris par télécopie ou par courrier électronique, un bilan circonstancié quantitatif, qualitatif et financier des activités de vacances adaptées organisées mises en œuvre dans le courant de l'année écoulée.

L'arrêté portant décision d'agrément est publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

La décision est notifiée à l'organisme agréé (*cf.* annexe 4). La date d'obtention de l'agrément « vacances adaptées organisées » est celle de l'arrêté portant décision d'agrément.

I.4.5. *Le refus d'agrément*

Tout refus opposé à une demande d'agrément doit être motivé. Il portera essentiellement sur le fait que l'organisme demandeur ne démontre pas dans son dossier qu'il dispose des moyens organisationnels et humains nécessaires pour remplir ses obligations, garantissant un véritable projet de séjour au plus près des personnes accueillies.

À titre d'exemple, la sécurité et la qualité des prestations offertes au cours des séjours sont très compromises si :

– aucun responsable n'est prévu pour encadrer chaque séjour envisagé ;
– les prestations envisagées ne sont pas en adéquation avec le nombre et les déficiences des vacanciers ;
– les accompagnateurs sont en nombre insuffisant, en fonction du rôle qui leur est dévolu (prestations et services envisagées sur place, activités prévues...), du nombre et des déficiences des vacanciers.

A contrario, le fait que le nombre de responsables et d'accompagnateurs sur place paraisse correct au regard du nombre de vacanciers ne suffit en revanche pas à garantir un projet de séjour aux vacanciers.

C'est en effet la qualité de l'ensemble des prestations proposées qui doit être examinée avec attention, au regard par ailleurs des motivations exprimées par le demandeur dans sa lettre de motivation.

Ces éléments sont évalués par le service gestionnaire à l'aulne de la globalité des éléments du dossier.

Toute demande provenant d'un organisme s'étant vu retirer l'agrément « vacances adaptées organisées » moins d'un an auparavant est par ailleurs irrecevable.

L'arrêté de refus d'agrément et la lettre qui l'accompagne doivent mentionner les voies de recours (*cf.* annexe 4).

I.4.6. *Les modalités de renouvellement, de suspension ou de retrait d'agrément*

I.4.6.1. Le renouvellement d'agrément

Les conditions du renouvellement d'agrément se déduisent de celles applicables à la demande d'agrément initiale. Elles sont les suivantes :

– la demande de renouvellement doit être formulée dans les quatre mois précédant la date d'expiration de l'agrément en cours ;
– le dossier de demande est constitué conformément à l'article R. 412-11du code du tourisme.

Il peut utilement être complété d'une note d'information présentant les éventuelles améliorations ou changements apportés aux séjours par les organisateurs, de leur propre initiative ou suite aux observations formulées par les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale, les médecins inspecteurs de santé publique ou les inspecteurs des agences régionales de santé ayant la qualité de médecin à l'issue des contrôles effectués au cours de l'agrément précédent.

Le bilan circonstancié quantitatif, qualitatif et financier des activités de vacances adaptées organisées mises en œuvre dans le courant de l'année écoulée doit être fourni.

Il s'agit de présenter les activités et les réalisations de l'organisme tout au long de l'année civile et/ou de l'exercice comptable. Le bilan doit contenir les comptes annuels de l'organisme et le résultat comptable de la période écoulée.

Il doit donc être construit pour traduire la logique de fonctionnement de l'organisateur, illustrer ses objectifs de gestion et sa stratégie et justifier le développement des activités VAO dans l'intérêt des personnes handicapées majeures.

Ce bilan précise :

– le nombre global de vacanciers concernés, le nombre total de jours de vacances, le nombre global de séjours VAO organisés, avec pour chacun d'eux, le ou les lieux de séjour, la durée du séjour, la composition des groupes concernés, les ressources humaines mobilisées et montants financiers engagés pour l'action ;
– la comptabilité analytique de l'activité ;
– un comparatif entre les périodes *N* et *N* - 1 ;
– la perception / sensibilité du public accueilli sur les séjours réalisés ;
– une mise en perspective des évolutions, l'évolution prévisible des activités VAO, les éléments marquants autour de l'activité VAO.

Il est tenu compte des bilans des quatre dernières années écoulées lors de l'examen de la demande de renouvellement d'agrément.

I.4.6.2. La suspension et le retrait d'agrément

Le retrait d'agrément intervient lorsqu'il est par exemple constaté que l'organisme ne respecte pas ses engagements, ou que les séjours qu'il organise ont fait l'objet d'incidents répétés ou graves.

Les termes du décret sont très larges. Le respect des conditions d'agrément vise toutes les obligations qui y sont liées (obligation de déclaration régulière des séjours, respect de l'ensemble des engagements du projet de séjour, notamment pour ce qui concerne l'encadrement ou le suivi médical). Tout rapport de contrôle ou signalement indiquant un dysfonctionnement est susceptible de permettre d'engager une procédure de retrait d'agrément.

Préalablement à tout retrait d'agrément, et en application de l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 modifiée relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, le titulaire a la possibilité, dans un délai d'un mois, de présenter ses observations écrites et/ou orales à l'autorité administrative compétente. Durant cette période, l'agrément « Vacances adaptées organisées » est suspendu et aucun séjour ne peut, de ce fait, être organisé.

Passé ce délai, si les éléments fournis par la structure agrées ne sont pas satisfaisants, le préfet de région peut retirer l'agrément « vacances adaptées organisées ».

L'organisme est tenu de cesser toutes activités de gestion et d'organisation de séjours de vacances au profit de personnes handicapées majeures telles que définies aux articles R. 412-8 et suivants du code du tourisme. Par ailleurs, il lui est interdit de solliciter un nouvel agrément pendant un an à compter du jour de la publication de l'arrêté.

Vous trouverez en annexe 4 l'ensemble des arrêtés et courriers-types relatifs à la procédure d'agrément ou de refus d'agrément VAO, à sa suspension ou à son retrait.

II. – LA RÉVISION DU RÉGIME DÉCLARATIF

II.1. **Le régime déclaratif**

Conformément à l'article R. 412-14 du code du tourisme, non modifié sur ce point par la présente réforme, c'est le titulaire de l'agrément qui effectue les déclarations.

La déclaration deux mois puis huit jours avant le séjour est adressée au préfet de département.

Il convient de rappeler que, sauf dispositions contraires, l'autorité qui enregistre la déclaration est tenue de délivrer le récépissé attestant le respect formel de l'obligation, sans pouvoir exercer a priori un contrôle sur l'exactitude des données déclarées. Ce contrôle ne peut intervenir qu'après délivrance du récépissé (et donner lieu, à la saisine des autorités investies, le cas échéant, d'un pouvoir de sanction).

Par conséquent, et sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, aucune disposition législative n'autorisant explicitement l'exercice d'un contrôle avant la délivrance du récépissé, les services de la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCS-[PP]) n'ont à ce stade aucun pouvoir d'opposition à la déclaration.

La DDCS-(PP) doit en accuser réception.

La souplesse du régime de la déclaration préalable a précisément pour intérêt de rendre le déclarant responsable de l'exactitude de son dossier de déclaration et du respect de bonnes conditions d'accueil et de sécurité des personnes accueillies. Dans le cadre du régime déclaratif, la non-conformité des informations déclarées et les manquements dans les conditions d'accueil et de sécurité des bénéficiaires seront totalement imputables à l'organisateur.

L'enregistrement ne préjuge ainsi en rien la légalité du séjour. Ce n'est que lors du contrôle sur place pendant le séjour que les personnes en charge de l'inspection s'assureront non seulement de l'exactitude des informations déclarées, mais aussi et surtout vérifieront in situ si les conditions d'accueil et d'organisation ne sont pas de nature à mettre en danger les personnes accueillies (état de santé, d'intégrité ou de bien-être physique et moral).

Cette interprétation s'inspire directement du régime applicable aux associations « loi 1901 » dans lequel l'autorité préfectorale est en situation de compétence liée pour délivrer le récépissé (TA Paris, 25 janv. 1971, Simone de Beauvoir, M. Leyris ; CE 25 janv. 1985, Association « Les amis de St-Augustin »).

Elle s'inscrit par ailleurs dans la distinction classique faite par la doctrine en matière de libertés publiques entre le régime préventif de l'autorisation et celui de la déclaration, les auteurs s'accordant pour souligner le rôle passif de l'autorité administrative lorsqu'elle délivre le récépissé.

Elle correspond enfin à une ligne jurisprudentielle très ferme selon laquelle « lorsqu'un texte prévoit un régime de déclaration et dispose que l'administration qui reçoit cette déclaration en donne récépissé, l'administration ne peut exercer aucun contrôle sur le contenu ou l'objet de la déclaration ; elle ne peut refuser de délivrer le récépissé que si les pièces exigées à l'appui de la déclaration n'ont pas été produites. » Cette jurisprudence, qui est ancienne (13 mars 1911, Sté de secours mutuelle « L'alliance des familles »), a été confirmée par le CE dans une décision du 8 novembre 1996, « Chambre de commerce et d'industrie d'Alençon. »

En revanche, il appartient à la DDCS-(PP), notamment en cas de doute quant aux conditions d'encadrement du séjour, de diligenter un contrôle des lieux de séjour et de formuler des observations, ou, le cas échéant, de produire le rapport circonstancié mentionné à l'article R. 412-15 du code du tourisme si ces conditions ne permettent pas de garantir la sécurité, la santé et le bien être physique et moral des vacanciers.

Rien n'interdit par ailleurs aux services de se rapprocher des organisateurs pour obtenir des informations complémentaires.

Dans le souci d'efficience qui a porté les travaux de réforme du dispositif, la déclaration des séjours deux mois (ce délai peut être réduit à un mois en cas d'urgence motivée) puis 8 jours avant leur réalisation est maintenue.

La déclaration de séjour deux mois avant sa réalisation doit être accompagnée d'une copie de l'agrément VAO. Les services peuvent faire obstacle à l'enregistrement de la déclaration si cette dernière n'est pas accompagnée de la copie de l'agrément.

En revanche, l'obligation de déclaration du programme des activités pour l'année suivante, adressé à la DRJSCS, qui était redondante avec les autres obligations de déclaration et qui ne permet pas un suivi précis de l'activité, est supprimée.

En outre, l'articulation entre la procédure d'agrément et le suivi de l'activité exercée par l'organisme agréé est renforcée par l'instauration de l'obligation de signalement de tout changement d'éléments liés à l'agrément. Cette obligation complète celle de fournir un bilan d'activité pour le renouvellement d'agrément (*cf.* I/4/6/1).

II.2. **Le contenu de la déclaration**

Le formulaire Cerfa (*cf.* formulaire 12672*03 en annexe 3) est remodelé pour tenir compte des éléments du nouveau cadre réglementaire. Il se trouve en particulier renforcé, pour la déclaration préalable à deux mois ou à huit jours, pour ce qui concerne :

- les renseignements généraux relatifs à l'organisateur (adaptation des éléments demandés, qu'il s'agisse d'une personne physique ou d'une personne morale) ;
- les précisions relatives aux établissements secondaires ou délégations locales ;
- les caractéristiques générales du séjour, itinérant ou non ;
- les informations relatives aux vacanciers ;
- le projet de séjour : périodes, liste des activités proposées ;
- les caractéristiques des lieux d'hébergement et des prestations hôtelières ;
- les dispositions d'ordre sanitaire relatives au stockage et à la distribution des médicaments, les protocoles d'urgence ;
- les conditions du suivi du budget personnel des vacanciers si ces derniers en font la demande ;
- l'affectation des personnels d'encadrement ou d'accompagnement, le recrutement éventuel de prestataires extérieurs, les conditions d'organisation des sessions de formation ou d'information préalable.

L'ensemble de ces éléments très détaillés dans le nouveau Cerfa doit permettre aux services des DDCS-PP d'avoir un regard plus précis et exhaustif sur les séjours organisés dans le département ou transitant par le département, et interpeler également les déclarants sur la qualité des prestations requise de leur part au regard de la spécificité des publics accueillis.

Le formulaire Cerfa (de même que la fiche complémentaire à la déclaration de séjour) comporte désormais une fiche-annexe relative aux types de lieux d'hébergement. Cette fiche, valable pour un seul type d'hébergement, doit être remplie autant de fois que des lieux nouveaux d'hébergement sont proposés, en particulier dans le cas d'un séjour itinérant. Il appartient donc au déclarant de dupliquer autant de fois que nécessaire la fiche-annexe.

De même, les modes de transport prévus durant un séjour, notamment pour rejoindre les lieux des différentes activités, ou pour aller d'une étape à une autre d'un séjour itinérant doivent être détaillés autant de fois que nécessaire. Il est renvoyé, sur cet item également, à la fiche-annexe du formulaire Cerfa qui doit être rempli deux mois avant le séjour.

Les équipes chargées d'encadrer ou d'accompagner les vacanciers étant parfois constituées dans les derniers jours précédant le séjour, les informations détaillées relatives au personnel ne sont pas requises deux mois avant le séjour. Le formulaire à remplir deux mois avant le séjour prévoit de renseigner simplement le nombre indicatif de personnels. Des précisions sont en revanche requises dans le formulaire complémentaire.

La démarche déclarative sera simplifiée dans le cadre du déploiement progressif du système d'information (SI-VAO).

Cette obligation déclarative ne concerne que les séjours qui ont lieu sur le territoire national, puisque seuls ces derniers peuvent faire l'objet de contrôle sur place en application de l'article L.412-2 du code du tourisme. Le Conseil d'État a confirmé, lors de l'examen du projet de décret réformant le dispositif, que l'article L.412-2 du code du tourisme n'offre pas de base légale pour exiger d'un opérateur privé qu'il informe les consulats et ambassades des séjours organisés sur son territoire.

Les séjours à l'étranger, ne pouvant être contrôlés, ne font en conséquence l'objet d'aucune déclaration.

Néanmoins, les organisateurs de séjour peuvent, dans un souci de transparence et de bonne organisation, être encouragés à transmettre une information aux pays visités par le biais de l'ambassade et du consulat français. Cette information se fait alors sous forme libre, et ne revêt aucun caractère contraignant.

À titre d'exemple, les éléments qui peuvent utilement être communiqués sont les suivants :

– les dates et modalités du séjour (notamment lieu et/ou étapes du séjour s'il s'agit d'un séjour itinérant) ;
– le nombre de vacanciers accueillis ainsi que leurs noms et prénoms ;
– les noms, prénoms et coordonnées du responsable du déroulement du séjour ;
– les noms et prénoms des personnes composant l'équipe d'accompagnateurs.

En outre, il pourra utilement à cette occasion être recommandé aux organisateurs du séjour :

– de consulter le site Internet du ministère chargé des affaires étrangères qui donne pour chaque pays des informations actualisées sur les événements d'ordres sanitaire et sécuritaire ;
– de consulter le site Internet du ministère chargé de la santé pour des informations concernant les événements sanitaires (canicule, épidémie, contaminations…) ;
– d'inscrire le nom du responsable du groupe sur le télé-service Ariane du ministère chargé des affaires étrangères ;
– de demander des informations supplémentaires à l'ambassade de France du pays dans lequel va se dérouler le séjour.

La notion de séjour

L'article L.412-2 du code du tourisme prévoit que les activités VAO sont «des activités de vacances avec hébergement d'une durée supérieure à cinq jours destinées spécifiquement à des groupes constitués de personnes handicapées majeures». Le séjour s'entend donc quelle qu'en soit la durée au delà de cinq jours.

La réglementation prévoit en conséquence que l'organisateur déclare le séjour qu'il organise deux mois puis huit jours avant son déroulement, selon le formulaire Cerfa 12672*02, ceci quelle que soit la durée du séjour. Le Cerfa prévoit d'indiquer les «dates du séjour».

Le formulaire complémentaire doit être renseigné quant à l'effectif du groupe, la répartition Femmes/Hommes, les tranches d'âge et les types de déficiences des vacanciers, tous critères qui déterminent les conditions d'encadrement et d'accompagnement des vacanciers.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, le séjour à déclarer s'entend pour le même groupe de personnes handicapées majeures, tel que constitué préalablement au séjour.

Par conséquent, si l'organisme agréé prévoit de recevoir successivement des groupes de vacanciers différents, ou une recomposition des groupes sur la durée totale de la période de vacances qu'il organise, il doit déclarer autant de séjours correspondants. Ainsi, l'organisateur est tenu de déclarer autant de séjours que de groupes constitués accueillis.

Cette analyse s'entend, bien évidemment, en dehors des cas de réorientation de vacanciers, qui, au demeurant, ne peuvent d'ailleurs intervenir que lorsque le séjour a débuté, et a, par conséquent, déjà été déclaré.

III. – LIENS ENTRE PROCÉDURES D'AGRÉMENT ET DE DÉCLARATION

Afin de renforcer l'articulation entre la procédure d'agrément et le suivi de l'activité exercée par l'organisme agréé, les titulaires de l'agrément doivent désormais fournir annuellement, comme indiqué au point 1/4/6, un bilan circonstancié des activités réalisées dans l'année écoulée. Ces bilans sont versés au dossier de demande de renouvellement d'agrément.

En outre, une obligation de signalement de tout changement substantiel affectant les éléments liés à l'agrément est instaurée. Ainsi, tout élément important lié notamment à l'activité de l'organisme, aux conditions de son installation, à son organisation interne, à sa direction ou à ses modalités de fonctionnement doit être signalé. De la même manière, un changement relatif au périmètre géographique des séjours prévus, en France ou à l'étranger, devra être signalé.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, le simple changement de nom d'une structure agréée, sans autre modification des éléments versés au dossier de demande d'agrément, n'implique ni le retrait (qui a pour effet de nier l'existence juridique de l'acte aussi bien pour le passé que pour l'avenir, et ne saurait en tout état de cause intervenir si la décision individuelle est légale), ni l'abrogation (qui ne vaut que pour l'avenir), de l'agrément initialement délivré.

En application de l'article R. 412-14-1 du code du tourisme, il appartient en revanche désormais à la structure d'apporter à l'autorité qui lui a délivré l'agrément toute précision utile quant à la modification de ses statuts, qui, par souci de bonne administration, pourra, selon la nature de la modification, impliquer une modification de l'arrêté ou être annexés à l'arrêté d'agrément.

Ces éléments sont en effet mentionnés dans l'arrêté d'agrément. Un changement s'y rapportant est susceptible d'impliquer un arrêté modificatif.

Enfin, la personne responsable de l'organisation du séjour sur le lieu de vacances a désormais obligation de signalement sans délai de tout accident grave ainsi que de toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé, l'intégrité ou le bien être physique et moral des vacanciers. Le signalement s'effectue auprès du préfet du département du lieu de séjour. Cette exigence est calquée sur celle applicable en matière d'accueils collectifs de mineurs (art. R. 227-11 du CASF).

Un modèle de formulaire de signalement aux autorités administratives des accidents graves ou situations ayant présenté des risques graves figure en annexe 8 de la présente instruction.

Le décret ne précise pas les faits générateurs, laissés à l'appréciation de l'organisateur du séjour, qui assume l'entière responsabilité des manquements à cette obligation.

L'article L. 412-2 du code du tourisme n'offre pas de base légale pour exiger d'un opérateur privé qu'il signale les événements indésirables survenus durant les séjours à l'étranger.

L'obligation de signalement ne s'applique donc que pour les séjours organisés sur le territoire national.

Le formulaire prévu en annexe 8 peut être utilement utilisé.

IV. – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

L'article 2 du décret n° 2015-267 du 10 mars 2015 relatif à l'agrément » vacances adaptées organisées » prévoit que les demandes d'agrément accompagnées d'un dossier complet reçues avant l'entrée en vigueur du décret sont traitées conformément à la réglementation antérieure et que les demandes d'agrément accompagnées d'un dossier incomplet reçues avant cette date sont soumises aux dispositions issues du nouveau décret.

Conformément au droit commun, les dispositions du décret du 10 mars 2015, publié au *JO*RF du 12 mars, entrent en vigueur le lendemain de sa publication. L'article 2 ne fait qu'expliciter ce principe.

Ainsi, un dossier déposé avant le 13 mars 2015 (et par conséquent constitué selon l'ancien art. R.412-11 du code du tourisme) peut être enregistré complet s'il contient les éléments demandés dans l'ancienne réglementation. En revanche, l'agrément est délivré selon la nouvelle réglementation (l'agrément est délivré pour une durée de cinq ans) et son titulaire est soumis aux nouvelles exigences qui s'imposent à l'exercice de son activité.

Le titulaire de l'agrément devra notamment fournir un bilan circonstancié des activités de l'année écoulée (art. R.412-13 dans sa nouvelle rédaction), mais également signaler tout changement des éléments substantiels affectant les éléments matériels au vu desquels l'agrément a été délivré (art. R.412-13-1 nouveau).

En revanche, un dossier déposé avant le 13 mars 2015 qui ne contiendrait pas les éléments requis au titre de l'ancien article R.412-11 du code du tourisme ne saurait être enregistré complet. Le demandeur doit, dans ce cas, reconstituer intégralement un dossier selon la nouvelle réglementation.

De même, la durée de validité de cinq ans de l'agrément ne s'applique qu'à ceux délivrés à compter du 13 mars 2015. Le décret n'ayant pas prévu d'appliquer la nouvelle durée de validité des agréments à ceux en cours à la sortie du texte, ces derniers gardent leur durée de validité de trois ans, aux termes desquels le renouvellement pourra s'opérer, cette fois-ci pour une durée de cinq ans.

V. – SI-VAO

Afin d'accompagner la réforme, un système d'information dédié est développé parallèlement.

V.I. **Le pilotage du projet**

Le projet de SI-VAO a été préparé dans le cadre d'une équipe projet composée de la DGCS (bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées/Mission management de l'information et gouvernance des systèmes d'information – MISI) et de la direction des systèmes d'information – DSI, auquel a été associé le sous-groupe de travail SI-VAO composé des personnes volontaires participant par ailleurs aux travaux du groupe de travail national.

Le sous-groupe définit et valide les spécifications fonctionnelles détaillées, teste les solutions applicatives et définit les évolutions.

Les solutions proposées par le SI-VAO sont donc au plus près des besoins exprimés par les utilisateurs et DRJSCS et DDCS(PP).

V.2. **Le calendrier de déploiement**

Le SI-VAO doit être livré en trois étapes, selon le calendrier prévisionnel suivant :

– version 1 : septembre 2015 : ouverture aux DRJSCS et DDCS(PP) ;
– version 2 : 2016 : ouverture aux organisateurs ;
– version 3 : 2017 : ouverture au grand public.

La V1 constitue l'application métier du dispositif. Elle est un espace partagé dédié aux correspondants VAO. La mutualisation d'informations relatives aux textes réglementaires, à l'instruction et au guide de bonnes pratiques en est le premier axe. Elle ouvre également le lien vers le site d'Atout France et doit permettre, à terme, d'effectuer un contrôle direct de l'immatriculation des organisateurs de séjours. À terme, le SI-VAO sera connecté aux SI de lutte contre la maltraitance *via* les systèmes Signal et Vigie (PRISME) Réclamations.

La V2 constitue le portail sécurisé des organisateurs de séjours, qui pourront saisir les déclarations et obtenir une information précise sur l'état de leur dossier.

Enfin, la V3 constitue le site accessible pour le grand public. Il fournira en outre le suivi des statistiques.

V.3. **Le déploiement de la V1 du SI-VAO**

a) Objectifs

La V1 du SI-VAO permettra dans un délai rapide :

– l'amélioration des conditions d'instruction et de suivi des dossiers VAO (agréments et séjours) ;
– l'amélioration de la visibilité des activités VAO au plan national ;
– l'unification du processus d'agrément et de déclaration.

b) Périmètre fonctionnel

L'utilisateur en DRJSCS aura accès aux agréments délivrés par la région ainsi qu'aux déclarations de séjours liés aux agréments délivrés dans la région (que ces derniers soient organisés ou non dans la région). Il peut : gérer les organisateurs de séjour, gérer les dossiers d'agrément ou de renouvellement d'agrément, suivre les dossiers correspondants, consulter les séjours des organisateurs qu'il a agréés.

L'utilisateur en DDCS (PP) aura accès aux déclarations de séjours en cours dans le département ainsi qu'aux agréments correspondant aux séjours organisés dans le département. Il peut : consulter les informations sur les organismes déposant des déclarations de séjour dans le département, consulter les informations sur les agréments des organismes déposant des déclarations de séjour dans le département, enregistrer les déclarations deux mois puis huit jours avant le séjour et suivre les décisions sur les séjours.

L'utilisateur en administration centrale aura accès, en mode consultation, à tous les agréments de la région préalablement sélectionnée, à tous les agréments des séjours en cours dans le département préalablement sélectionné et pourra consulter toutes les déclarations de séjours en cours.

Un dispositif de recherche et d'alerte offre aux utilisateurs une vision du dossier en réseau et un tableau de bord du dispositif qui informe sur la volumétrie, les délais et procédures en cours.

Un bloc note permet l'échange d'informations entre les DRJSCS et DDCS (PP) sur un organisateur en particulier.

c) L'accompagnement aux changements

Le réseau des correspondants VAO en DRJSCS et DDCS (PP) se verra proposé un plan de formation/information, qui prendra en compte ses disponibilités et contraintes et veillera à mettre à sa disposition des outils pérennes.

Un plan de formation des informaticiens des DRJSCS est prévu. Il sera déployé par les services de la DSI.

ANNEXE 2

RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES RELATIVES AUX ACTIVITÉS DE « VACANCES ADAPTÉES ORGANISÉES »

Les lieux de séjour de « Vacances adaptées organisées » ne sauraient être encadrés à l'instar des règles qui régissent les conditions de fonctionnement des établissements sanitaires ou sociaux et médico-sociaux.

Pour autant, la qualité du séjour, organisé autour d'un projet de vacances au plus près des besoins et attentes des personnes accueillies, doit présenter toutes les garanties pour un parfait déroulement.

La présente annexe fixe donc les recommandations utiles à la mise en place de pratiques adaptées au type de séjour proposé ainsi qu'au public concerné. À cette occasion, un certain nombre d'éléments d'ordre réglementaire sont rappelés.

L'article D. 344-5-7 du code de l'action sociale et des familles (CASF) relatif aux établissements et services accueillant des adultes handicapés qui n'ont pu acquérir un minimum d'autonomie prévoit que ces établissements doivent garantir l'accompagnement de la personne dans sa globalité de manière continue tout au long de l'année. Ces établissements peuvent organiser l'accueil de la personne handicapée dans un séjour de vacances adaptées organisées. Il appartient dans ce cas au responsable de l'établissement de veiller à la parfaite transmission des informations concernant notamment la santé et les besoins du résident à l'organisateur du séjour VAO.

I. – RECOMMANDATIONS LIÉES À LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS MÉDICAUX

I.1. **Le questionnaire médical**

L'article R. 412-11 du code du tourisme prévoit que le dossier de demande d'agrément comporte le modèle de questionnaire adressé préalablement à la tenue du séjour à la personne accueillie, ou à son représentant légal, afin de connaître ses besoins et ses problèmes de santé.

Un modèle de questionnaire médical est proposé en annexe 5 de la présente circulaire.

Ce questionnaire est strictement confidentiel, et il est destiné, à la fin du séjour, à être restitué à la personne accueillie ou à son représentant légal. En cas d'impossibilité de restitution, il doit être détruit.

I.2. **L'encadrement sanitaire**

Il est souhaitable que l'organisateur du séjour, ou sous sa responsabilité, le responsable du déroulement du séjour sur place, s'assure de la présence sur les lieux du séjour, à tout moment, d'au moins une personne formée aux gestes et soins d'urgence.

Les formations reconnues dans ce domaine sont les suivantes :

- attestation de prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1) ;
- certificat de sauveteur secouriste du travail (SST) ;
- attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 1 (AFGSU 1) ;
- attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2 (AFGSU 2) ;
- attestation de formation spécialisée aux gestes et soins d'urgence (AFSGSU).

Il est également recommandé qu'il (ou sous sa responsabilité, le responsable du séjour sur place) s'assure de la présence, à proximité du lieu de séjour, d'un cabinet médical et d'une officine de pharmacie de garde pendant la durée du séjour, auxquels il adresse toutes informations utiles quant aux besoins médicaux, pharmaceutiques et paramédicaux des vacanciers. Il s'assure également, en fonction des besoins des personnes accueillies durant le séjour, que ces dernières peuvent bénéficier des soins infirmiers ou de kinésithérapie qui leur sont prescrits.

Selon les besoins des vacanciers, il est également vivement recommandé de s'assurer que l'Établissement de santé le plus proche est informé de la présence du groupe.

Les mêmes précautions doivent être prises pour chacune des étapes des séjours itinérants.

L'organisateur, ou sous sa responsabilité, le responsable du déroulement du séjour sur place, prend également toute mesure utile pour s'assurer que les vacanciers pourront se voir délivrer les médicaments ou soins utiles lors des voyages à l'étranger.

Une trousse à pharmacie de premiers secours est utilement placée sous la responsabilité de la personne formée aux gestes et soins d'urgence.

Le matériel de premiers secours est adapté à la nature des risques et facilement accessible.

La trousse peut se présenter sous forme de trousse souple, de coffret rigide, de valisette ou être stockée dans une armoire à pharmacie.

Elle doit être pratique, ne contenir que l'indispensable et son contenu doit être régulièrement revu (ce qui permet de la compléter si des éléments viennent à manquer, ou de remplacer les produits arrivés à péremption).

La trousse, adaptée au nombre de vacanciers et aux activités pratiquées, ne peut contenir que des produits et du matériel pouvant être utilisés pour soigner les blessures sans gravité, les égratignures et les petites plaies.

Il est recommandé que tous les soins prodigués, quels qu'ils soient (même l'absorption d'eau sucrée), soient consignés dans un registre.

Aucun médicament ne doit être administré à un vacancier sans avis médical (des protocoles d'intervention peuvent être indiqués sur une ordonnance fournie et en cours de validité).

– Il est recommandé d'équiper au minimum la trousse à pharmacie des éléments suivants:
– ciseaux et une pince à épiler;
– compresses stériles;
– sparadrap;
– pansements adhésifs de différentes tailles;
– l'antiseptique non coloré;
– sérum physiologique en dose unique;
– gants jetables;
– poche de froid;
– bandes à gaze;
– thermomètre;
– les principaux numéros d'urgences (Samu, Pompier, centre antipoison…)

L'organisateur, ou sous sa responsabilité, le responsable du déroulement du séjour sur place, met à la disposition de son équipe:

1° Des moyens de communication permettant d'alerter rapidement les secours;

2° La liste des personnes et organismes susceptibles d'intervenir en cas d'urgence.

Il est recommandé d'établir un protocole relatif aux conditions de stockage et de distribution des médicaments. Ce dernier est tenu à la disposition des membres de l'équipe. Un modèle de fiche individuelle de suivi de la distribution des médicaments, à laquelle est annexée la photocopie de l'ordonnance, est proposé à l'annexe 4 du présent arrêté.

La plus grande vigilance est demandée quant au respect de la confidentialité des données médicales concernant les vacanciers.

I.3. **La distribution et le stockage des médicaments**

Pour rappel, seul le pharmacien au sens légal du terme (art. L 4221 du code de la santé publique – CSP), titulaire d'un diplôme de pharmacien, inscrit à l'Ordre des pharmaciens, peut effectuer l'acte pharmaceutique de dispensation.

Cet acte doit être réalisé de façon personnelle et exclusive. Il peut être aidé par des préparateurs en pharmacie, seuls autorisés à le seconder. Les préparateurs assument leurs tâches sous la responsabilité et le contrôle effectif du pharmacien (art. L. 4241-1 du CSP).

Les lieux où se réalise l'exercice pharmaceutique nécessitent une autorisation préalable (art. L. 5424 du CSP) ce qui signifie que l'acte de dispensation pharmaceutique ne peut se faire que dans des lieux autorisés.

La préparation des médicaments fait partie intégrante de l'acte de dispensation.

« La dispensation est réalisée conformément à l'article R. 4235-48 du code de la santé publique selon les principes suivants: Le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance: 1° L'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe; 2° La préparation éventuelle des doses à administrer; 3° La mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament. »

La préparation des doses à administrer (R. 4235-48 du code de la santé publique), qui ne peut être effectuée que par le pharmacien, ou le préparateur en pharmacie sous sa responsabilité, ne doit pas être confondue avec l'aide à la prise des médicaments prévue par l'article R. 4311-5 du code de la santé publique infirmiers), qui relève des attributions de l'infirmier.

Dans son jugement du 13 mars 2006 (n° RG 06/00148), le TGI de Nancy rappelle que «l'aide à la prise de médicaments est considérée comme un acte de la vie courante et ne relève pas du code de la santé publique, lorsque le mode de prise, compte tenu de la nature des médicaments, ne présente pas de difficultés particulières ni ne nécessite un apprentissage». Dans ce cadre précis, toute personne, notamment l'assistant sanitaire (ou tout autre encadrant chargé de l'aide à la vie courante), peut assurer la distribution des médicaments, à condition d'être suffisamment informée des doses prescrites et du moment des prises, dans le cadre d'un protocole écrit, basé sur une prescription médicale individuelle et nominative.

Dans l'intérêt des personnes accueillies, le responsable du séjour doit veiller à ce que les vacanciers disposent de leurs prescriptions médicales, ainsi que de la quantité suffisante de médicaments pour le trajet à effectuer, si ce dernier fait partie de la prestation touristique, ainsi que pour la durée du séjour.

Il est recommandé que les traitements soient préparés pour la totalité de la durée du séjour (soit, autant de piluliers que de semaines de vacances) et que les piluliers soient confectionnés en amont du séjour par la personne handicapée, ses proches, son représentant légal ou l'établissement de résidence habituelle.

Les traitements de chaque vacancier doivent être identifiés a *minima* par son nom et son prénom. Il est recommandé de compléter ces mentions de la date de naissance, de la photographie, voire du nom de jeune fille des vacancières en cas d'homonymie.

À l'arrivée sur le lieu de séjour, il est recommandé que les prescriptions médicales et les médicaments des personnes handicapées majeures qui ne gèrent pas seules le suivi de leur traitement médical, soient stockés, avec la confidentialité requise, dans des conditions garantissant leur identification au nom et à la photographie du vacancier, ainsi que leur parfaite conservation (par exemple, dans un sachet zippé nominatif). Il est recommandé de les placer dans un dispositif, un meuble, une malle ou une pièce fermés à clé et inaccessibles aux vacanciers.

Afin de garantir la sécurité du groupe, ce mode de stockage est également proposé aux personnes qui gèrent habituellement seules leur traitement. À défaut d'accord des personnes handicapées majeures ou de leur représentant légal, l'organisateur du séjour s'assure de leur engagement à conserver leurs prescriptions médicales et leurs médicaments, identifiables à leur nom et à leur photographie, dans les conditions de sécurité requises.

Il est souhaitable que les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission des clés, codes d'accès, etc. des différents dispositifs de rangement des médicaments fassent l'objet d'une procédure écrite.

L'acte d'administration proprement dit consiste à faire prendre le bon médicament au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, par la bonne voie. Cet acte inclut le contrôle de la prise effective du traitement. Il est recommandé que la distribution des médicaments préalablement préparés, leur administration et son enregistrement soient réalisés par la même personne.

Hormis le cas où l'organisateur de séjours VAO a prévu la présence sur place d'un médecin, seul habilité à prescrire des médicaments (avec les odontologistes, vétérinaires et sages-femmes, qui bénéficient d'un droit de prescription médicale restreinte), le personnel chargé d'accueillir et d'accompagner les personnes handicapées, qu'il soit titulaire du diplôme d'infirmier, assistant sanitaire ou autre, n'est en revanche pas habilité à distribuer des médicaments en dehors d'une prescription médicale.

Il convient de rappeler sur ce point que les infirmiers eux-mêmes, chargés, au titre de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, de donner des soins sur prescription médicale ou en application du rôle propre qui leur est dévolu en application des articles R. 4311-1 à R. 4311-15 et D. 4311-15-1, ne peuvent prescrire ou administrer des médicaments sans prescription médicale (hormis la réalisation de certaines vaccinations et le suivi d'une contraception orale (dont le cadre est précisément défini à l'article L. 4311-1 du CSP). Enfin, seuls les infirmiers et infirmières rattachés à un établissement scolaire sont habilités à délivrer les médicaments de contraception d'urgence non soumis à prescription obligatoire suivant le protocole prévu par le décret n° 2001-258 du 27 mars 2001 pris en application de la loi du 13 décembre 2000 relative à la contraception d'urgence.

C'est pourquoi l'article R. 412-11 du code du tourisme prévoit que les organisateurs de séjour VAO doivent prévoir des accords avec un médecin de proximité du lieu d'accueil. Ce dernier, qui

doit dans l'idéal être joignable à tout moment, est seul habilité à prescrire notamment les médicaments dits «de confort» après avoir évalué les possibles contre-indications ou interactions médicamenteuses avec les traitements habituels des résidents.

La ou les personnes affectées à la distribution des médicaments ne peuvent donc pas délivrer de médicaments, quelles qu'en soit la catégorie, aux personnes accueillies dans le cadre d'un séjour VAO, dès lors que ces médicaments n'ont pas fait l'objet d'une prescription médicale.

Ces dispositions sont identiques à celles prévues pour le suivi sanitaire des mineurs accueillis notamment en centres de vacances ou en centres de loisirs (article 1c) de l'arrêté du 20 février 2003 publié au *JO*RF du 28 février).

L'annexe 6 propose un modèle de formulaire de suivi de la distribution des médicaments.

II. – RECOMMANDATIONS LIÉES À L'ENCADREMENT DES SÉJOURS : RESPONSABILITÉS ET RÔLES DE LA PERSONNE PHYSIQUE OU MORALE TITULAIRE DE L'AGRÉMENT VAO, DU RESPONSABLE DU DÉROULEMENT DU SÉJOUR SUR PLACE ET DES ACCOMPAGNATEURS

II.1. **Le contrat de travail**

À titre liminaire, il convient de rappeler que les exigences applicables en termes de droit du travail ne sont pas modifiées par le décret n° 2015-267 du 10 mars 2015 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées ».

Les personnels recrutés pour encadrer ou accompagner les vacanciers bénéficient donc du contrat d'engagement éducatif (CEE), contrat de travail spécifique, ou, si ce n'est pas le cas, d'un contrat de travail de droit commun.

Le contrat d'engagement éducatif :

L'article L. 432-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) prévoit, qu'outre l'animation ou la direction d'un accueil collectif de mineurs à caractère éducatif à l'occasion de vacances scolaires, de congés professionnels ou de loisirs, la participation occasionnelle, pour le compte de l'organisateur, à des fonctions d'animation ou de direction lors des séjours VAO est également et notamment qualifiée d'engagement éducatif (CEE).

La circulaire DJEPVA/DJEPVAA3/DGT n° 2012-230 du 11 juin 2011 explicite le dispositif.

L'article L. 432-5 du CASF fixe la période minimale de repos quotidien à onze heures consécutives par périodes de vingt quatre heures (période dite de «repos quotidien») conforme au droit commun, et aménage les modalités de son attribution par :

- la substitution du repos quotidien par un repos compensateur équivalent lorsque les animateurs sont présents sur le lieu d'accueil ;
- la substitution partielle du repos quotidien sans que ce dernier puisse être inférieur à 8 heures, par un repos compensateur équivalent lorsque les animateurs résident à proximité du lieu d'accueil.

L'article D. 432-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) dispose que :

« Le contrat d'engagement éducatif précise :

1° L'identité des parties et leur domicile ;

2° La durée du contrat et les conditions de rupture anticipée du contrat ;

3° Le montant de la rémunération ;

4° Le nombre de jours travaillés prévus au contrat ;

5° Le programme indicatif des jours travaillés pendant la période du contrat, ce programme contenant la répartition du nombre de jours entre les jours de la semaine ou les semaines du mois ;

6° Les cas dans lesquels une modification éventuelle du programme indicatif peut intervenir ainsi que la nature de cette modification, toute modification devant être notifiée au salarié sept jours au moins avant la date à laquelle elle doit avoir lieu, sauf pour les cas d'urgence ;

7° Les jours de repos ;

8° Le cas échéant, les avantages en nature et le montant des indemnités dont il bénéficie ».

L'ensemble de ces notions doivent être précisées dans le CEE.

Le contrôle du respect des dispositions relatives à la durée du travail relevant de la compétence des services chargés du travail (directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), inspection du travail), je vous invite,

pour toute question technique à prendre l'attache, au cas par cas, de la DIRECCTE de votre région, compétente pour apprécier la légalité de la rédaction des CEE proposés aux personnes accompagnant les vacanciers lors des séjours VAO.

II.2. **Les éléments relatifs au casier judiciaire**

L'article L. 133-6 du CASF qui détermine les différentes incapacités qui interdisent, en raison d'une condamnation pour crime ou délit, à une personne d'exercer une fonction à quelque titre que ce soit au sein d'établissements, de services ou de lieux de vie régis par les dispositions du CASF, ne s'applique pas aux séjours VAO régis par le code du tourisme.

Il n'en reste pas moins que les séjours VAO doivent assurer des conditions de sécurité et une qualité des prestations offertes en adéquation avec le nombre et le handicap des personnes accueillies au cours des séjours. Les séjours doivent en particulier garantir l'état de santé, d'intégrité ou de bien-être physique et moral de celles-ci (art. R. 422-12 et R. 412-15 du code du tourisme).

Un organisateur de séjours VAO ne peut se voir transmettre le bulletin n° 2, aucune disposition ne prévoyant cette prérogative.

Le bulletin n° 3 ne peut être délivré qu'à la personne concernée ou à son représentant légal. Un organisateur de séjours VAO ne peut donc se procurer directement ce bulletin. En revanche, il peut demander à son salarié de lui en fournir copie.

Les éléments utiles relatifs au casier judiciaire sont en ligne sous le lien suivant :

http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F14710.xhtml

II.3. **Le rôle de la personne physique ou morale titulaire de l'agrément VAO**

L'article R. 412-11 du code du tourisme issu du décret n° 2015-267 du 10 mars 2015 relatif à l'agrément « vacances adaptées organisées » précise les éléments du dossier de demande d'agrément, qui sont différents selon que le demandeur est une personne physique ou une personne morale (à savoir : association, SA, SARL, EURL, SNC, SAS, etc.).

Comme indiqué au point I-4-1, c'est le titulaire de l'agrément qui est responsable de l'organisation du séjour et de son bon déroulement, notamment au plan pénal.

Ainsi que le prévoit l'article L. 412-2 III du code du tourisme, le fait de se livrer aux activités VAO sans agrément ou de poursuivre l'organisation d'un séjour auquel il a été mis fin lorsque les exigences requises pour ce faire ne sont pas remplies est puni de 3 750 € d'amende. La responsabilité pénale des personnes morales peut en outre être engagée, ces dernières pouvant se voir infliger des peines d'interdiction d'exercice pour une durée maximale de cinq ans.

Le titulaire de l'agrément, responsable des séjours, peut en être l'organisateur direct, ou déléguer sa compétence à un responsable sur place.

L'équipe chargée d'accompagner les personnes handicapées majeures est composée du responsable de groupe, et de ses adjoints éventuels, qui exercent leurs fonctions sous la responsabilité du titulaire de l'agrément, et d'accompagnateurs qui peuvent être recrutés également par le titulaire de l'agrément ou, sous sa responsabilité, par le responsable du séjour sur place.

Le nombre de personnes dédiées à l'accompagnement des personnes handicapées majeures tient compte du type de handicap des vacanciers, de leur degré d'autonomie, de l'homogénéité des groupes accueillis, du type d'activités de loisirs proposées et des modalités d'hébergement et d'accueil, ainsi que les compétences ou de l'expérience de l'équipe recrutée.

Il ne peut être exigé que l'équipe soit constituée exclusivement ou en majorité de professionnels exerçant habituellement dans le secteur du handicap. Il convient cependant qu'une proportion adéquate de personnes compétentes (titulaires d'un diplôme ou justifiant d'une expérience) compose l'équipe.

Le responsable doit en tout étant de cause justifier d'une expérience dans l'accompagnement des personnes handicapées (art. R. 412-11 *[f]*).

Le titulaire de l'agrément élabore le projet de séjour.

Il est garant de la cohérence des groupes de vacanciers qui sont accueillis dans les séjours qu'il propose.

Il garantit en outre par tous moyens et à tout moment la communication des vacanciers avec leur famille, proches ou représentants légaux.

À ce titre, il a tout particulièrement en charge :

1° Le recrutement des responsables sur place et de leurs adjoints éventuels en fonction des besoins de vacanciers accueillis, déterminés conformément aux informations confidentielles délivrées dans le questionnaire mentionné à l'article R. 412-11 3o du code du tourisme, dont le modèle figure en annexe 1 du présent arrêté, ainsi que les conditions de leur remplacement éventuel

2° Sauf s'il délègue cette compétence au responsable sur place, le recrutement les accompagnateurs en nombre adéquat.

3° La gestion financière et comptable du séjour.

4° L'organisation de l'information et le conseil des responsables sur place ainsi que celles des accompagnateurs.

Il est recommandé que la personne physique ou morale titulaire de l'agrément s'assure notamment que les responsables de groupe et leurs adjoints sont informés des spécificités liées à l'accompagnement des personnes handicapées, et aux activités de vacances adaptées organisées, en proposant des sessions de sensibilisation régulières, dont le contenu porte au moins sur les thématiques définies à l'annexe 4.

Les sessions d'information sont organisées par tout moyen, notamment par la voie électronique.

Il convient de rappeler que le titulaire de l'agrément VAO est responsable du bon déroulement du séjour. Il lui revient donc de s'assurer que les lieux d'accueil sont adaptés aux vacanciers. Les visites sur place pour le responsable du séjour et accompagnateurs sont un plus dans l'organisation prévisionnelle du séjour, qui ne déresponsabilise en rien le titulaire de l'agrément quant à la qualité des lieux d'accueil choisis pour le séjour.

5° L'organisation de la prise en charge médicale adaptée et du suivi des soins, le cas échéant.

6° Le respect des normes de sécurité et d'accessibilité des lieux d'accueil et d'hébergement.

7° Le respect des normes de sécurité et d'accessibilité des véhicules utilisés pour le transport des personnes du lieu habituel de résidence au lieu de vacances, et, durant le séjour, du lieu de l'hébergement au lieu des activités.

8° La gestion et l'organisation des prestations de transport, de restauration, d'hôtellerie, d'entretien et de ménage.

9° L'organisation de la réorientation du vacancier, s'il s'avère, que le séjour en cours est inadapté.

Dans l'intérêt des personnes accueillies, il est recommandé que le titulaire de l'agrément veille par ailleurs à ce que le responsable de groupe et ses adjoints, disposent des coordonnées à jour de la permanence téléphonique qu'il met en place et qui doit être joignable à tout moment pour un conseil ou une intervention le cas échéant.

II.4. ***Le rôle du responsable du déroulement du séjour sur place***

Le responsable, ou, en son absence, son ou ses adjoints éventuels, est l'interlocuteur référent des vacanciers et de leur famille, des accompagnateurs, ainsi que des administrations ou autres partenaires.

Le responsable et ses adjoints constituent l'équipe d'encadrement.

Lorsque les groupes de vacanciers sont supérieurs à 20 personnes handicapées majeures, il est recommandé que le responsable de groupe s'adjoigne un adjoint, et un adjoint supplémentaire par tranche de 10 vacanciers.

Le responsable est le garant du respect du projet de séjour élaboré par le titulaire de l'agrément VAO.

Il est garant du bon fonctionnement du séjour, de la qualité des prestations proposées, de l'adaptation de la prise en charge des vacanciers, ainsi que de la bonne coordination des accompagnateurs et des éventuels personnels extérieurs affectés aux services tels que la restauration, l'entretien ou le ménage.

Il favorise la cohésion des vacanciers dans le groupe, de même que celle des accompagnateurs avec les vacanciers.

Il met en œuvre, par tous moyens et à tout moment, la communication des vacanciers avec leur famille, proches ou représentants légaux.

À ce titre, il a en charge, sous la responsabilité du titulaire de l'agrément :

1° Le recrutement des accompagnateurs en fonction des besoins de vacanciers accueillis, déterminés conformément aux informations confidentielles délivrées dans le questionnaire mentionné à l'article R. 412-11 3o du code du tourisme, dont le modèle figure en annexe 5, ainsi que les conditions de leur remplacement éventuel.

2° L'accueil, la sensibilisation, l'information et le conseil des accompagnateurs.

Les sessions de sensibilisation (dont le contenu indicatif est prévu en annexe 7) sont organisées par tout moyen, notamment par la voie électronique.

Il est recommandé que les sessions de sensibilisation interviennent [quinze jours] au plus avant l'organisation du séjour.

Il est recommandé qu'elles informent notamment les accompagnateurs et les adjoints des modalités d'encadrement et d'organisation de l'équipe et du rôle de chacun pour le déroulement des activités quotidiennes et des activités de loisir.

Afin de favoriser au mieux une prise en charge personnalisée, il est recommandé de communiquer les noms et prénoms des personnes handicapées adultes accueillies, ainsi que le niveau d'accompagnement qu'elles requièrent, notamment dans les gestes de la vie quotidienne tels que la toilette ou les repas.

Il est conseillé la tenue d'un registre mentionnant les éventuels régimes alimentaires suivis par les vacanciers, les rendez-vous médicaux programmés, les soins donnés aux vacanciers ainsi que les prescriptions médicales, ainsi que les autres points de vigilance en fonction des vacanciers accueillis. Ce registre doit être accessible à la consultation des membres de l'équipe à tout moment.

Ces sessions de sensibilisation sont l'occasion de présenter les conditions de l'organisation des transports, du suivi médical pendant le transport et le séjour, de la distribution des médicaments, ainsi que les protocoles d'urgence. À cette occasion, les numéros d'appel d'urgence, ainsi que les coordonnées du responsable et de ses adjoints, auxquelles ils doivent pouvoir être joints en permanence pour un conseil ou une intervention, sont communiquées à l'équipe.

Il est recommandé que ces sessions intègrent une présentation des lieux d'accueil et d'hébergement, complétée le cas échéant par une visite sur place.

3° L'organisation de la vie quotidienne ainsi que la coordination et la planification des activités, des animations et des sorties.

4° La mise en œuvre de la prise en charge médicale adaptée et du suivi des soins, le cas échéant. Il est responsable des parfaites conditions de stockage et de conservation des médicaments, ainsi que de l'organisation de leur distribution.

5° L'élaboration des emplois du temps des personnel, notamment les temps de veille et de repos, ainsi que les heures réservées pour les réunions d'équipe.

6° L'organisation de la restauration, de l'hôtellerie, de l'entretien et du ménage sur place.

7° La gestion du budget personnel des vacanciers, lorsque ceux-ci en ont fait la demande. Il est recommandé, pour chaque vacancier concerné, de tenir à jour le détail des dépenses et d'en conserver les justificatifs.

8° Le respect des exigences de sécurité et d'accessibilité des lieux d'accueil et d'hébergement, ainsi que leur bonne tenue.

9° La sécurité et l'accessibilité des véhicules utilisés pour le transport des personnes du lieu habituel de résidence au lieu de vacances, et, durant le séjour, du lieu de l'hébergement au lieu des activités.

11° La mise en œuvre des procédures prévues pour la réorientation du vacancier, s'il s'avère que le séjour en cours est inadapté.

12° La restitution du questionnaire mentionné à l'article R. 412-11-3° du code du tourisme à la personne accueillie ou à son représentant légal, complété des éventuelles observations formulées lors du séjour par les professionnels de santé ou les accompagnants, et faisant la synthèse du séjour.

Il est recommandé la mise en place, au terme du séjour, d'un entretien d'échange individuel avec chacun des membres de l'équipe. La synthèse de cet entretien fait l'objet d'un document écrit, remis à l'intéressé. Une copie est transmise à la personne physique ou morale titulaire de l'agrément « Vacances adaptées organisées ».

II.5. **Le rôle des accompagnateurs**

Les accompagnateurs sont placés sous la responsabilité directe du responsable de groupe.

Les accompagnateurs ont pour mission d'apporter toute l'aide utile aux personnes handicapées majeures dans tous les actes essentiels de la vie quotidienne, en particulier pour se nourrir, se laver et se déplacer lors du séjour, sur le lieu d'accueil ainsi que lors des animations ou autres excursions proposées.

Les soins de toilette et d'hygiène

La prise en charge adaptée des personnes accueillies, en particulier lors des moments dédiés à la toilette ou aux autres soins, revêt une importance cruciale en termes de bien-être et de respect de l'intimité des personnes, de leur autonomie et de leur confort.

La méconnaissance de cette exigence n'est pas de nature à garantir le bien-être des vacanciers et met directement en cause la qualité de la prestation de vacances.

Les lieux d'accueil doivent comporter salles de bains ou de douche et WC en nombre suffisant et la configuration des lieux permettre de garantir l'intimité et le respect des personnes.

L'article L.1111-6-1 du code de la santé publique prévoit qu'une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser et que cette personne reçoit préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier.

Certes, cette disposition, relative aux droits des malades, et aux usagers du système de santé, ne s'applique pas en tant que telle aux séjours de vacances VAO.

On comprend néanmoins qu'il existerait un réel manquement dans l'accompagnement aux soins des personnes accueillies durant le séjour VAO si les toilettes sont effectuées par des personnels non préparés à effectuer ces soins, ou que les vacanciers n'ont pas pu être préparés à cet accompagnement dans un climat de confiance et d'écoute. Il est en outre fortement recommandé, pour la toilette, comme pour l'habillement, de ne pas proposer l'assistance d'un accompagnateur du sexe opposé sans avoir préalablement recueilli l'accord du vacancier.

Ainsi, il est recommandé d'adapter les modalités des soins d'hygiène à chacun des vacanciers (les gestes, la posture, le lieu, le moment etc.) pour limiter le stress que peuvent engendrer certains actes (ainsi, à titre d'exemple, se brosser les dents peut être vécu comme intrusif par certaines personnes avec des troubles envahissants du développement).

Il est donc primordial de recueillir les habitudes du résident, de tisser avec le vacancier des liens de confiance et de respecter son autonomie.

Par ailleurs, certains actes sont l'occasion de surveiller l'état de la peau (escarres, plis cutanés, lésions, état des muqueuses…) dont le traitement relève soit du rôle propre de l'infirmier soit d'une prescription médicale. Ils ne peuvent en conséquence être confiés à des accompagnateurs non titulaires des diplômes requis.

Lorsque la personne handicapée majeure n'a pas l'autonomie suffisante pour prendre elle-même son traitement, les accompagnateurs apportent, au vu de la prescription médicale correspondante précisant qu'il s'agit d'un acte de la vie courante, l'aide nécessaire à la prise des médicaments.

Ils signalent sans délai au responsable du groupe ou à ses adjoints éventuels, les signes d'inconfort, de gêne ou de mal-être physique ou moral que la personne adulte handicapée qu'ils accompagnent peut le cas échéant manifester, si cette dernière n'a pas l'autonomie suffisante pour le faire elle-même.

Ils sont également chargés d'apporter toute l'aide utile dans les activités de la vie sociale et relationnelle, lors des activités sportives ou de loisirs, de même que lors des transports du lieu habituel de résidence au lieu de vacances, et, durant le séjour, du lieu de l'hébergement au lieu des activités

Les relations affectives et sexuelles durant le séjour VAO

Il est recommandé que cette question soit abordée préalablement au séjour par le titulaire de l'agrément lui-même ou par le responsable du séjour sur place, notamment dans le cadre des sessions de sensibilisation.

Les relations entre accompagnateurs : les accompagnateurs sont majeurs, et restent libres de leurs choix affectifs et sexuels. Toutefois, les relations doivent être discrètes, par égard pour les vacanciers en premier lieu, et pour la cohésion globale du groupe par ailleurs. Ces relations ne doivent en aucun cas nuire à la vie collective ni porter atteinte au projet de séjour des vacanciers.

Les relations entre les personnes handicapées majeures : même placées sous tutelle, les personnes handicapées majeures sont libres de leurs choix affectifs et sexuels. Il est néanmoins recommandé de tenir informé le représentant légal de la personne de son désir de partager une relation affective ou sexuelle durant ses vacances. Si un couple de vacanciers se forme sur place, il est indispensable de s'assurer que le désir éventuel de faire chambre commune émane bien des deux personnes. Lorsqu'un couple de vacanciers est reçu dans le même séjour, l'organisateur doit s'assurer qu'il bénéficie d'une chambre double garantissant le respect de son intimité.

Si un vacancier formule une demande d'aide à la sexualité, il doit recevoir une réponse simple et discrète. Le responsable du séjour de même que les accompagnateurs ne sont pas tenus d'y donner suite. Il est en tout état de cause recommandé de prendre systématiquement l'attache du titulaire de l'agrément VAO afin de définir, en lien éventuel avec le représentant légal de la personne concernée, la conduite à tenir.

Les relations entre personnes handicapées majeures et accompagnateurs : il convient de rappeler que le responsable du séjour et les accompagnateurs ont un rôle de protection vis-à-vis des vacanciers. Ce rôle est totalement incompatible avec l'instauration de relations affectives et sexuelles pendant toute la durée du séjour, et il est de la responsabilité du titulaire de l'agrément VAO que ce type de relation ne s'installe pas.

La vulnérabilité des personnes en situation de handicap est prise en compte par le Code pénal qui vise « la particulière vulnérabilité » (art. 222-3) due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique. La vulnérabilité des victimes peut être érigée en circonstance aggravante ou être constitutive de délits spécifiques.

III. – L'ORGANISATION DES TRANSPORTS

Si le transport fait partie de la prestation de vacances, alors l'organisateur doit être en mesure de proposer aux vacanciers le mode de transport adapté pour les amener de leur lieu de résidence habituel jusqu'au lieu de séjour.

Il convient de noter que l'article R. 412-8 nouveau n'ajoute rien en droit, mais précise explicitement la responsabilité de l'organisateur dans les conditions d'acheminement des vacanciers jusqu'au lieu de séjour si le transport est partie intégrante de la prestation.

Le décret n'interdit pas les plates-formes de regroupement des vacanciers sur le lieu de départ ou d'arrivée. En revanche, en précisant que cet aspect est partie intégrante de la prestation, il rend explicitement l'organisateur responsable, notamment au plan pénal, de tout manquement au bien être physique et moral des vacanciers ainsi qu'à leur santé et leur sécurité.

Ainsi, la prise des médicaments durant les transports et sur le lieu du regroupement doit être prévue, ainsi que la restauration des vacanciers. De même, les lieux choisis pour le regroupement doivent être propices à la détente et au repos des vacanciers autant qu'à leur sécurité.

Il appartient à l'organisateur du séjour de veiller à ce que toutes les recommandations utiles puissent être transmises par le responsable du lieu habituel de vie à la personne chargée du transport des vacanciers.

Les modes de transport utilisés doivent être adaptés aux déficiences des vacanciers ainsi qu'à leur nombre. Ils doivent permettre de transporter les bagages des vacanciers sans risque pour la conduite, et sans porter atteinte au confort des passagers.

Les véhicules doivent être maintenus dans un état de propreté et de fonctionnement optimal.

À ce titre, il est recommandé que les chauffeurs, les vacanciers ou leurs accompagnants ne consomment pas de tabac dans les véhicules. De même, il est recommandé que la température de l'habitacle soit adaptée au confort des vacanciers.

L'interdiction de fumer dans les transports

L'interdiction de fumer dans les transports est effective depuis le 1er février 2007.

Sont concernés tous les véhicules de transport pouvant accueillir des voyageurs ou passagers, qu'ils soient gérés par une entreprise privée ou publique :

- trains de voyageurs (TGV, trains «Corail», TER, Eurostar, Thalys, etc.) ;
- les véhicules de transport urbains (métros, tramways, bus, transports hectométriques, funiculaires urbains, etc.) ;
- les remontées mécaniques (chemins de fer à crémaillère, funiculaires, téléphériques, télécabines, etc.) ;

– les véhicules de transport routier de personnes (suburbain, de tourisme, de transport scolaire, les véhicules de petite capacité effectuant des transports à la demande, autres que les taxis);
– les avions de ligne;
– les bateaux de passagers (sur les lacs et rivières dont les bateaux de promenade, tels que les «bateaux-mouches», les bacs à véhicules, les bacs à piétons, les ferries, les navires de croisière battant pavillon français, les bateaux de promenade maritime, les bateaux de liaison avec les îles, les bacs maritimes).

Remarque: Pour les bateaux, navires et bacs, l'interdiction de fumer ne s'applique pas aux ponts à l'air libre.

Pour toute précision complémentaire relative à l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, voir le lien suivant: http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F160.xhtml

Enfin, les chauffeurs, ainsi que les accompagnants qui participent au transport, doivent être à même de proposer une prise en charge sécurisée, tout autant que sécurisante, aux vacanciers.

De manière générale, il est recommandé d'éviter les transports de nuit et les temps de transport trop longs. Il convient de respecter des horaires de départ, de transport et d'arrivée prévus et d'informer les vacanciers par tout moyen utile d'éventuels retards ou changements d'itinéraires.

Il importe, sur le lieu de vacances, de disposer du nombre de véhicules (et de places) utiles pour l'ensemble des déplacements prévus pour les activités, l'approvisionnement des lieux, ou tout déplacement rendu nécessaire par une éventuelle situation d'urgence.

Il est recommandé de disposer de véhicules en nombre suffisant afin d'éviter de se trouver dans la situation où le groupe de vacanciers ou une partie de ce groupe se trouverait momentanément privé de tout moyen de transport, ou de toute possibilité de l'utiliser par manque de chauffeur.

Pour la même raison, il est également recommandé que plusieurs membres de l'équipe d'encadrement ou d'accompagnement soient titulaires du permis de conduire en cours de validité. Les éléments d'information relatifs aux conditions de validité du permis de conduire français ou étranger sont disponibles sous le lien suivant: http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1459.xhtml

Enfin, il est recommandé de veiller à ce que l'ensemble des conducteurs chargés d'accompagner un groupe de vacanciers ne soient pas tous conducteurs novices.

Alcool et conduite

En France, il est interdit de conduire avec une alcoolémie supérieure à 0,5 g d'alcool par litre de sang (ou 0,25 mg d'alcool par litre d'air expiré). L'alcoolémie est le taux d'alcool présent dans le sang. Elle se mesure en grammes par litre de sang (analyse de sang) ou en milligrammes par litres d'air expiré (éthylotest, éthylomètre).

Il est de la responsabilité du titulaire de l'agrément VAO de faire respecter ces exigences lors du transport des vacanciers pendant la durée totale de la prestation proposée.

Quelle que soit la boisson alcoolique, un « verre » représente à peu près la même quantité d'alcool: 25 cl de bière à 5°, 12,5 cl de vin de 10° à 12°, 3 cl d'alcool distillé à 40° (whisky, anisette, gin) contiennent environ 10 g d'alcool pur. Chaque verre consommé fait monter le taux d'alcool de 0,20 g à 0,25 g en moyenne.

IV. – LES LIEUX DE SÉJOUR PROPOSÉS

IV.1. **Les règles d'accessibilité**

Il est nécessaire que les locaux d'hébergement soient adaptés aux déficiences des vacanciers.

Il ne peut en revanche pas être exigé que les lieux soient toujours accessibles. Cela restreindrait en effet la tenue de certains séjours de vacances, sans qu'il en y ait toujours la nécessité. Par exemple, des séjours de vacances se déroulent dans de bonnes conditions dans des gîtes relevant pas de la réglementation applicable aux établissements recevant du public (ERP).

En revanche, il convient de rechercher le compromis entre confort et accessibilité et il importe que des aides humaines ou techniques viennent compenser si nécessaire l'inaccessibilité des locaux. Il appartient au cas par cas à l'organisateur de juger de la situation.

En fonction des déficiences des vacanciers, il convient également de s'assurer qu'une procédure a été éventuellement mise en place pour sécuriser les locaux. Exemples: personnel accompagnant logé à proximité des personnes accueillies ou personne assurant une permanence la nuit.

Il convient de noter que le 1er janvier 2015 est la date limite pour la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP). Tous les ERP sont soumis à cette obligation. L'ensemble des informations utiles relatives aux règles d'accessibilité sont disponibles sous le lien suivant : http ://www.developpement-durable.gouv.fr/Les-questions-les-plus-frequentes.html

IV.2. **Les exigences en termes de sécurité**

Les articles L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme ne définissent pas les lieux d'accueil des séjours VAO, ni les exigences auxquelles ils doivent répondre. L'article R. 412-11 du code du tourisme prévoit seulement que l'organisateur qui sollicite l'agrément VAO doit, dans le dossier qui accompagne sa demande, apporter les informations prévisionnelles sur le nombre et les lieux de séjours de vacances envisagés au cours de l'année à venir, indiquant à titre indicatif leur chronologie et périodicité. Ces éléments sont ensuite précisés dans les déclarations prévues à l'article R. 412-14 du même code.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, la réglementation actuelle n'interdit donc pas l'organisation de séjours VAO dans des appartements ou des maisons, des meublés ou dans des gîtes, comme c'est d'ailleurs très souvent le cas.

Il convient distinguer trois catégories d'hébergements touristiques :

1° Tous les hôtels, et les gros meublés de plus de 15 personnes (type gîtes de groupes), qui relèvent de la réglementation des ERP. À noter sur ce point que le terme de « gîte » est une appellation commerciale et ne correspond à aucune réglementation en tant que telle. La DGE préfère parler de « meublés de tourisme ».

2° Les bâtiments d'habitation collective (dits résidences de tourisme)

3° Les maisons individuelles (notamment, les chambres d'hôtes et les petits meublés). À noter sur ce point que les chambres d'hôtes ne peuvent pas dépasser 5 chambres (soit 15 personnes maximum).

Les hôtels et les gros meublés, qui relèvent de la réglementation des ERP, sont soumis au règlement de sécurité incendie qui leur est applicable en vertu du code de la construction et de l'habitation (CCH) avec obligation de système de sécurité incendie et surveillance humaine 24 heures sur 24.

Le statut des bâtiments d'habitation collective semble plus complexe, mais ils sont en tout état de cause redevables d'obligations incendies renforcées par rapport aux habitations collectives de droit commun.

Les maisons individuelles, qui échappaient aux obligations incendie relevant du règlement de sécurité y sont désormais soumises depuis janvier 2015.

Bien que non soumis aux exigences strictes du code de la construction et de l'habitation en matière de sécurité incendie, l'organisateur du séjour et le responsable sur place doivent, en fonction de la particularité des lieux, mettre en œuvre tous les moyens utiles permettant de s'assurer de la sécurité des lieux et des personnes (notamment : présence d'extincteurs ou d'alarme ou mise en place de détecteur de fumée). Il est recommandé que la formation des accompagnateurs comprenne un item relatif aux règles de sécurité.

Pour toute question concrète se rapportant à la sécurité des lieux de séjours, il appartient au titulaire de l'agrément ou au responsable du séjour sur place de prendre l'attache du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) du lieu de séjour.

V. – LA RÉORIENTATION SI LA PRESTATION S'AVÈRE INADAPTÉE AU HANDICAP DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Le décret n'apportant pas de précisions sur ce point, la réorientation peut être prévue vers un autre lieu de séjours coordonné par l'organisateur, ou vers un lieu de séjour d'un autre organisme, voire vers un autre lieu (lieu de résidence habituelle, famille).

Il est recommandé de tenir informée la DDCS (PP) du lieu de séjour de cette réorientation.

VI. – RAPPEL DES RÈGLES APPLICABLES EN MATIÈRE D'HYGIÈNE ALIMENTAIRE

La réglementation applicable aux activités VAO ne prévoit rien sur la question de la restauration lors des séjours.

Le règlement (CE) n° 852/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires, qui remplace la directive 93/43/CEE relative à l'hygiène des

denrées alimentaires, vise à assurer l'hygiène des denrées alimentaires à toutes les étapes du processus de production, depuis la production primaire jusqu'à la vente au consommateur final. Ce règlement s'applique aux entreprises du secteur alimentaire et non à la production primaire et à la préparation domestique de denrées alimentaires aux fins de l'utilisation privée.

L'arrêté du 29 septembre 1997 fixant les conditions d'hygiène applicables dans les établissements de restauration collective à caractère social, pris en application de cette directive, est abrogé par l'arrêté du 8 octobre 2013 (*JO*RF du 18 octobre) relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits et denrées alimentaires autres que les produits d'origine animale et les denrées alimentaires en contenant.

L'annexe II de ce texte, relative aux dispositions particulières applicables aux établissements de restauration collective, prévoit (point 5) les conditions de conservation des échantillons de plats témoins.

Par conséquent, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, les lieux de restauration des séjours VAO ne sont pas concernés par cette réglementation si la restauration ne s'effectue pas dans des lieux de restauration collective que sont les les entreprises, les administrations, les institutions à caractère social et les établissements scolaires et universitaires.

Le même règlement (annexe II, chapitre VIII, point 2) prévoit qu' « aucune personne atteinte d'une maladie susceptible d'être transmise par les aliments ou porteuse d'une telle maladie, ou souffrant, par exemple, de plaies infectées, d'infections ou lésions cutanées ou de diarrhée ne doit être autorisée à manipuler les denrées alimentaires et à pénétrer dans une zone de manutention de denrées alimentaires, à quelque titre que ce soit, lorsqu'il existe un risque de contamination directe ou indirecte des aliments. Toute personne atteinte d'une telle affection qui est employée dans une entreprise du secteur alimentaire et est susceptible d'entrer en contact avec les denrées alimentaires informe immédiatement l'exploitant du secteur alimentaire de sa maladie ou de ses symptômes, et, si possible, de leurs causes ».

Le code rural décline les exigences qui s'imposent.

Ainsi, l'article R 231-27 du code rural prévoit que « les personnes appelées en raison de leur emploi à manipuler les denrées animales ou d'origine animale mentionnées à l'article R. 231-12, tant au cours de leur collecte, préparation, traitement, transformation, conditionnement, emballage, transport, entreposage, que pendant leur exposition ou mise en vente, sont astreintes à la plus grande propreté corporelle et vestimentaire.

La manipulation de ces denrées est interdite aux personnes susceptibles de les contaminer.

Des arrêtés signés conjointement par le ministre chargé de l'agriculture et par le ministre chargé de la santé, et, en ce qui concerne les produits de la mer, par le ministre chargé des pêches maritimes, peuvent établir des listes de maladies et affections qui rendent ceux qui en sont atteints susceptibles de contaminer les denrées.

Ces mêmes arrêtés déterminent les conditions dans lesquelles les exploitants des établissements mentionnés à l'article R. 231-20 seront tenus de faire assurer une surveillance médicale périodique de leur personnel en vue d'éviter tout risque de contamination des denrées. »

Là encore, seules les entreprises, les administrations, les institutions à caractère social et les établissements scolaires et universitaires sont concernés par la réglementation. Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge, les lieux de restauration des séjours VAO ne sont pas concernés par cette réglementation. À ce titre, le certificat d'aptitude à la manipulation des denrées alimentaires ne peut être exigé dans ce cadre.

Il n'en reste pas moins que les organisateurs des séjours VAO doivent s'entourer de garanties en termes d'hygiène et de sécurité sanitaire.

C'est pourquoi, afin d'assurer au mieux la sécurité des personnes accueillies, il ne saurait qu'être recommandé de prendre en compte les dispositions des arrêtés du 21 décembre 2009 (*JO*RF du 31 décembre 2009 – http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000021573483&dateTexte=20150710 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant (notamment l'annexe IV) et du 8 octobre 2013 (*JO*RF du 18 octobre 2013 - http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do ?cidTexte=JORFTEXT000028081402) relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits et denrées alimentaires autres que les produits d'origine animale et les denrées alimentaires en contenant (notamment l'annexe II).

Enfin, les principes suivants, dont la liste n'est pas exhaustive, sont recommandés :

- l'ensemble des personnes qui participent à la confection des repas (cuisinier, personnels d'animation, personnes handicapées accueillies dans le séjour) doivent bénéficier d'une information détaillée concernant l'hygiène de la préparation des repas ainsi qu'une sensibilisation à la maîtrise de la chaîne du froid afin de mieux prendre en considération les risques spécifiques liés à la préparation et au service des repas ;
- des vêtements propres et adaptés à l'activité ainsi qu'une bonne hygiène corporelle sont impératifs. Pendant le séjour, toute personne présentant des troubles de santé (troubles cutanés, respiratoires, digestifs) doit être écartée de la préparation des repas ;
- les convives peuvent participer à la préparation de leurs repas sous réserve :
  - de se changer pour mettre une tenue propre ;
  - de procéder à un lavage approfondi des mains (à l'eau chaude et au savon au moins 20 secondes, avec un brossage des ongles, puis un séchage avec un dispositif à usage unique) avant le début de l'activité et en cours en cas de manipulation à risque de contamination (manipulation de denrées crues, passage aux toilettes, mouchage...) ;
  - de s'attacher les cheveux ;
  - d'être encadrés par un personnel formé à l'hygiène ;
  - de limiter ces activités au service ou à la préparation de plats peu sensibles et qui seront consommés rapidement ;
- la durée de vie des préparations culinaires élaborées à l'avance réfrigérées ne peut excéder trois jours après celui de la fabrication.
- les responsables de la restauration conservent des plats témoins à la disposition des agents chargés des contrôles. Ces plats témoins sont des échantillons représentatifs des différents plats distribués aux consommateurs et clairement identifiés. Ils doivent être conservés pendant au moins cinq jours en froid positif (0°C à + 3°C) après la dernière présentation au consommateur ;
- le déconditionnement des produits et denrées alimentaires destinés au tranchage ou au service s'effectue au fur et à mesure des besoins et dans des conditions d'hygiène évitant leur contamination. Les informations relatives à l'identification du produit et à sa durée de vie sont conservées durant toute la détention de celui-ci.

ANNEXE 3

CERFA 12672*03

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

N° 12672*03

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Déclaration d'un séjour « Vacances adaptées organisées »

destiné à des personnes handicapées majeures

Le formulaire de déclaration, accompagné de la copie de l'agrément « vacances adaptées organisées », sont à adresser, par tout moyen y compris par courrier électronique, à la préfecture (Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations -DDCS-(PP)) du département où se déroule le séjour (ou, en cas de séjour itinérant, aux différentes préfectures (DDCS-(PP)) pouvant être concernées, deux mois avant sa tenue.

Partie à remplir par la préfecture de département (DDCS-PP) :

Date de dépôt de la déclaration de séjour : ……
Numéro de l'enregistrement : …….
Cachet de la préfecture :

Partie à remplir par l'organisateur :
Renseignements généraux sur l'organisateur :

Région d'obtention de l'agrément « Vacances adaptées organisées » : ……..
Numéro d'agrément : ……
Date d'obtention : ……

Pour une personne physique :

Nom de naissance (1)[1] : …….
Nom d'usage (1) : ……..
Prénom (1) : ……..
Profession :

- Agriculture, sylviculture et pêche
- Industries extractives
- Industries manufacturières
- Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
- Construction
- Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
- Transports et entreposage
- Hébergement et restauration
- Information et communication
- Activités financières et d'assurances
- Activités immobilières
- Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- Activités de services administratifs et de soutien
- Administration publique
- Enseignement
- Santé humaine et action sociale
- Arts, spectacles et activités récréatives
- Autres activités de services
- Activités des ménages en tant qu'employeur ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteur de biens et services pour usage propre
- Activités extraterritoriales.

Adresse du domicile : .....
……
……
Pays :…… ……Commune :……..
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……
Adresse du siège des activités de « Vacances adaptées organisées » : ……
……
……
Pays : ……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile): ……
Mel : ……

[1] (1) Mentions à apporter en lettres capitales

Pour une personne morale :

Dénomination ou raison sociale (1) : ……
Nom commercial (1): ……
Statuts, forme juridique (association, SA, SARL, EURL, SNC, SAS, …) : ……
……
Adresse du siège social : ……
……
……
Pays :……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Représentants légaux ou statutaires :

Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1): ……
Prénom (1):……
Fonction : ……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Nom de naissance (1) : ……
Nom d'usage (1): ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1) : ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Etablissement secondaire ou délégation locale **organisant le séjour :**

Dénomination de l'établissement secondaire / délégation locale :

Adresse : ……
……
Pays :……Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……
Site Internet : ……

Responsable de l'organisation des séjours VAO :
Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1) : ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Informations générales sur le séjour organisé :

Dates indicatives de séjour : ……
Date de début : date de fin : ……
Séjour itinérant oui ☐ non ☐

Si la réponse est oui :

Séjour organisé en France seulement ☐
Préciser le nombre de lieux de séjour : ……
Département de départ : ……
Département d'arrivée : ……
Autres départements de lieu de séjour : ……
……
……
……
……
……

Séjour organisé en France et à l'étranger ☐
Préciser le nombre de lieux de séjour :….. …….
Département de départ : ……
Département d'arrivée : ……
Autres départements de lieu de séjour : ……
……
……
……
……
……

Informations prévisionnelles sur les vacanciers :

Effectif prévisionnel des vacanciers : ……..
Répartition - Femmes …….. / Hommes :……..

Age ou tranche d'âge :

- 18-39
- 40-59
- plus de 59

Préciser le ou les types de déficiences des vacanciers :

☐
☐
☐

☐

Polyhandicap ☐

Précisez : ……
……
……
……
……
……

Informations indicatives sur le personnel présent au cours du séjour :
Nombre de personnes responsables du déroulement du séjour sur le(s) lieu(x) de séjour : ……
Nombre d'accompagnants prévus sur le lieu de séjour : ……

ATTENTION : Ces informations doivent être complétées, au plus tard huit jours avant la tenue du séjour, par la liste du personnel responsable du déroulement du séjour et du personnel accompagnant, selon la fiche complémentaire à la déclaration de séjour prévue en annexe.

Procédure en cas de recrutement de personnels supplémentaires durant le séjour : oui ☐ non ☐

Informations sur le projet de séjour :

Destination :
- o Mer
- o Campagne
- o Montagne
- o Séjour à thème
- o Etranger

Période :
- o Printemps
- o Eté
- o Automne
- o Hiver

Prestations spécifiques proposées :

Sport et loisirs :
- o Baignade
- o Randonnée
- o Voile, char à voile, rafting
- o Tir à l'arc
- o ULM
- o Equitation
- o Ski
- o Sports nautiques
- o Pêche
- o Autres, précisez :

Culture et découverte :
- o Visites touristiques, géographiques
- o Spectacles, animations, musées
- o Musique
- o Expression théâtrale
- o Arts plastiques
- o Jeux

- Danse
- chant
- Soirées dansantes
- Ferme pédagogique
- Autres, précisez :

Bien être :

- Thalassothérapie
- Balnéothérapie
- Autres, précisez :

Personnel ou organisme prévu le cas échéant pour encadrer les activités spécifiques :
……
……
……
……
……

Informations sur le transport des vacanciers :

Les vacanciers viennent-ils par leurs propres moyens sur le lieu de séjour ?

Oui ☐ Non ☐

Le transport du lieu de résidence habituelle vers le lieu de séjour :

est-il assuré par l'organisateur de Vacances adaptées organisées ? Oui ☐ Non ☐

Précisez le mode de transport utilisé :

- Avion
- Train
- Autobus, car
- Automobile
- Bateau
- Autre, précisez :

Précisez le mode d'organisation retenu (conditions d'accompagnement des vacanciers, gestion des correspondances/lieux de prise en charge, temps d'attente, etc.) : ……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Les véhicules utilisés sont-ils adaptés ?

Précisez :
……
……
……
……
……

Déplacements durant le séjour

Des déplacements sont-ils prévus durant le séjour ? Oui ☐ Non ☐

ATTENTION : la fiche-annexe 1 doit être dupliquée autant de fois que de transports effectués au cours du séjour de vacances.

Informations sur les dispositions d'ordre sanitaire prises pour le séjour :

Des dispositions d'ordre sanitaire spécifiques sont-elles prévues ? (2)
Oui ☐ Non ☐
Précisez :
……
……
……
……

L'équipe comprend-elle (2) :
☐ Une personne formée aux gestes et soins d'urgence (PSC 1, SST, AFGSU 1, AFGSU 2, AFSGSU)
☐ Un(e) infirmier(e)
☐ Un(e) aide soignant(e)
Précisez :
……
……
……
……
……
Un accord est-il passé avec un cabinet médical ou paramédical à proximité des lieux de séjour ?
Oui ☐ Non ☐
Précisez :
……
……
……
……
Présence d'une trousse à pharmacie de premier secours Oui ☐ Non ☐

1. Personne désignée en charge de la distribution et de l'administration des médicaments et de l'enregistrement de l'administration [2] :

Responsable du séjour ☐
Accompagnant (s) ☐
Professionnel de santé ☐
Précisez :
……
……
……
……

[2] L'acte d'administration proprement dit consiste à faire prendre le bon médicament au bon patient, à la bonne posologie, au bon moment, par la bonne voie. Cet acte inclut le contrôle de la prise effective du traitement. Il est recommandé que la distribution des médicaments préalablement préparés, leur administration et son enregistrement soient réalisés par la même personne.

Quelle est l'organisation prévue en matière de distribution et de stockage des médicaments ?

2. Stockage des médicaments dans un lieu sécurisé (dispositif de rangement fermé à clé ou disposant d'un mode de fermeture assurant la même sécurité, dont les modalités d'accès sont maîtrisées et contrôlées)[3]

Oui ☐ Non ☐

Précisez :

……
……
……
……
……

3. Stockage des médicaments dans un lieu garantissant leur parfaite conservation :

Précisez :

……
……
……
……
……

4. Un dispositif est-il prévu pour la conservation des médicaments thermosensibles ?

Oui ☐ Non ☐

5. Individualisation des médicaments [4] Oui ☐ Non ☐

Précisez :

……
……
……
……

6. Méthode retenue pour la préparation des piluliers :

Sans objet ☐

Précisez :

……
……
……
……
……

Piluliers préparés préalablement au séjour par le vacancier, sa famille, le représentant légal, l'établissement de résidence habituelle, le médecin [5] ☐

Précisez :

……
……
……
……

Piluliers préparés durant le séjour [6] ☐

---

[3] Il est souhaitable que les modalités de détention, de mise à disposition et de transmission des clés, codes d'accès, etc. des différents dispositifs de rangement des médicaments fassent l'objet d'une procédure écrite.

[4] Les traitements de chaque vacancier doivent être identifiés a minima par son nom et son prénom. Il est recommandé de compléter ces mentions de la date de naissance, de la photographie, voire du nom de jeune fille des résidentes en cas d'homonymie.

[5] Il est recommandé que les traitements soient préparés pour la totalité de la durée du séjour (soit, autant de semainiers que de semaines de vacances).

[6] La préparation des médicaments doit être effectuée soit par un pharmacien d'officine, titulaire ou adjoint, ou le préparateur en pharmacie sous la responsabilité de ces derniers.

Précisez :
……
……
……
……

7. Prescription médicale jointe à chaque pilulier Oui ☐ Non ☐

Précisez :……
……
……
……
……

8. Protocole en cas de modification de traitement en cours de séjour Oui ☐ Non ☐

Précisez :
……
……
……
……

9. Fiche de suivi de la distribution, de l'administration et de l'enregistrement des médicaments :

Oui ☐ Non ☐

Protocole d'évacuation et de rapatriement des vacanciers si nécessaire au cours du séjour :

Oui ☐ Non ☐

Précisez les dispositions prises en la matière : ……
……
……
……
……
……
……
……
……

Protocole prévu en cas de chute, d'intoxication (alimentaire, médicamenteuse, etc.) ou autre accident :

Oui ☐ Non ☐

Précisez : ……
……
……
……
……
……
……
……

Protocole en cas de réorientation (inadaptation des conditions générales du séjour à la situation de la personne handicapée) des vacanciers :

Oui ☐ Non ☐

Précisez les dispositions prises en la matière : ……
……
……
……
……

……
……
……

Dispositions particulières prévues en cas d'alerte canicule (locaux, transports…) :

Oui ☐ Non ☐
Précisez : ……
……
……
……
……
……
……

Précisez les conditions prévues pour la gestion sur place du budget personnel des vacanciers (si les vacanciers en font la demande) :
……
……
……
……
……
……

Type(s) de lieu(x) d'hébergement du séjour [7]: voir fiche-annexe 1.

ATTENTION : la fiche-annexe 1 doit être dupliquée autant de fois que de lieux d'hébergement au cours du séjour de vacances. Soit, pour un séjour fixe, une seule fiche-annexe, pour un séjour itinérant, autant de fiches annexes que de lieux d'hébergement.

[7] On distingue trois catégories d'hébergements :
1° Les établissements recevant du public - ERP (tous les hôtels et les gros meublés de tourisme de plus de 15 personnes de type gîtes de groupes)
2° Les Bâtiment d'Habitation Collective - BHC (ex : résidences de tourisme)
3° Les maisons individuelles –MI (Ex : chambres d'hôtes et petits meublés, qui ne peuvent dépasser cinq chambres et hébergent 15 personnes au maximum).

Fiche-annexe 1 :

Type de lieu d'hébergement

- Hôtel
- Meublé de tourisme (gîte)
- Résidence de tourisme, chambre d'hôte
- Camping, caravaning, mobile home
- Autre (préciser) :

Nom du lieu de séjour d'accueil :
……
Gestionnaire(s) : ……
Adresse :…… ……
……
……

Pays : ……..Commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) :……
Mel : ……
Dates de début et de fin de séjour dans le lieu : ……
……

- Accessible
- Signalé comme non adapté
- Commentaires :

  ……
  ……
  ……
  ……

<u>Informations sur les locaux :</u>

Prestations hôtelières assurées par le lieu d'accueil :

Hébergement seul ☐

Petit déjeuner ☐

Demi-pension ☐

Pension complète ☐

Blanchisserie ☐

Entretien des locaux ☐

Une visite des locaux par l'organisateur a-t-elle été effectuée ? Oui ☐ Non ☐

Description du lieu d'hébergement (parties communes et notamment équipements sanitaires) :
……
……
……

……
……
……

Nombre de lits : ……
Y a-t-il des lits superposés ?
Oui ☐ Non ☐

Si oui, précisez leur nombre : ……..
Pour les lits superposés, les lits « du dessus » seront-ils occupés par des vacanciers :
Oui ☐ non ☐

Nombre maximum de personnes prévues par espace de couchage :
……
……
……

Chaque vacancier bénéficie-t-il d'un couchage individuel ? Oui ☐ Non ☐

Chaque vacancier bénéficie t-il d'un espace de rangement des affaires personnelles ? Oui ☐ Non ☐

Les femmes et les hommes dorment-ils dans des lieux séparés ? Oui ☐ Non ☐

Les couples de vacanciers bénéficient t-ils de chambres doubles Oui ☐ Non ☐

Des aménagements spécifiques des locaux sont-ils prévus pour accueillir les vacanciers ?
Oui ☐ Non ☐

Précisez :
……
……
……
……
……
……

Fréquence, distances et mode de transport utilisé

Précisez la fréquence, les distances et le mode de transport utilisé pour :

- les déplacements de proximité :

……
……
……
……

- les excursions

……
……
……
……
……

- rejoindre les différentes étapes dans le cas d'un séjour itinérant :

……
……
……

Les véhicules utilisés sont-ils adaptés ?
Précisez :
……
……
……
……

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts.
Nom, prénoms et qualité du signataire :
……
……
Date et signature :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

cerfa
N° 12672*03

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES

Fiche complémentaire à la déclaration d'un séjour « Vacances adaptées organisées »

destiné à des personnes handicapées majeures

La fiche complémentaire à la déclaration de séjour est à adresser, par tout moyen y compris par courrier électronique, à la préfecture (Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations -DDCS-(PP)) du département où se déroule le séjour (ou, en cas de séjour itinérant, aux différentes préfectures (DDCS-(PP)) pouvant être concernées, huit jours avant sa tenue.

Partie à remplir par la préfecture de département (DDCS-PP) :

Date de dépôt de la fiche complémentaire à la déclaration de séjour : ……..

Numéro de l'enregistrement initial de la déclaration de séjour : ……..

Cachet de la préfecture :

Partie à remplir par l'organisateur :

Date de transmission de la déclaration initiale de séjour : ……..

Renseignements généraux sur l'organisateur :

Pour une personne physique :

Nom de naissance (1)[8] :……
Nom d'usage (1) ……
Prénom (1): ……
Profession :

- Agriculture, sylviculture et pêche
- Industries extractives
- Industries manufacturières
- Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné
- Production et distribution d'eau ; assainissement, gestion des déchets et dépollution
- Construction
- Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles
- Transports et entreposage
- Hébergement et restauration
- Information et communication
- Activités financières et d'assurances
- Activités immobilières
- Activités spécialisées, scientifiques et techniques
- Activités de services administratifs et de soutien
- Administration publique
- Enseignement
- Santé humaine et action sociale
- Arts, spectacles et activités récréatives
- Autres activités de services
- Activités des ménages en tant qu'employeur ; activités indifférenciées des ménages en tant que producteur de biens et services pour usage propre
- Activités extraterritoriales.

Adresse du domicile : ……
……
……
Pays :…… Commune ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) :……
Mel : ……
Adresse du siège des activités de « Vacances adaptées organisées » :……
……
……
Pays : …… Commune ……
Numéro de téléphone (fixe et mobile) :……
Mel : ……

Pour une personne morale :

Dénomination ou raison sociale (1) :……
Nom commercial (1): ……

[8] (1) Mentions à apporter en lettres capitales

Statuts, forme juridique (association, SA, SARL, EURL, SNC, SAS, …) :……
……
Adresse du siège social :……
……
……
Pays :…… commune ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) :……
Mel : ……

Représentants légaux ou statutaires :

Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1): ……
Prénom (1): ……
Fonction :……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :……commune :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1): ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :…… commune : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) :…… ……
Mel : ……

Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1) : ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……
Adresse du domicile : ……
……
Pays :…… commune ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……
Mel : ……

Etablissement secondaire ou délégation locale organisant le séjour

Dénomination de l'établissement secondaire / délégation locale :

Adresse : ……
……
Code postal :……Commune :……

Responsable de l'organisation des séjours VAO
Nom de naissance (1): ……
Nom d'usage (1) : ……
Prénom (1): ……
Fonction : ……

Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Mel : ……

Informations générales sur le séjour organisé :

Dates indicatives de séjour :
Date de début :……date de fin : ……..
Séjour itinérant oui ☐ non ☐

Si la réponse est oui :

Séjour organisé en France seulement ☐

Préciser le nombre de lieux de séjour : ……..
Département de départ : ……
Département d'arrivée : ……
Autres départements de lieu de séjour : ……
……
……
……
……
……

Séjour organisé en France et à l'étranger ☐

Préciser le nombre de lieux de séjour :….. ……..
Département de départ : ……
Département d'arrivée : ……
Autres départements de lieu de séjour : ……
……
……
……
……
……

Informations sur les vacanciers :

Effectif des vacanciers : ……
Répartition : Femmes ……/ Hommes :……

Tranche d'âge :……
18-39
40-59
plus de 59

Préciser le ou les types de déficiences des vacanciers :

☐

☐

☐

☐

Polyhandicap ☐
Précisez : ……
……
……
……
……
……
……
……
……

Informations sur le personnel présent au cours du séjour :

Personnel d'encadrement :
Nombre de personnels d'encadrement présents sur le lieu de séjour :……
Nom, prénoms, date de naissance, compétence, expérience et diplômes éventuels, numéros de téléphone (fixe et mobile) des personnes responsables du déroulement du séjour sur le(s) lieu(x) de séjour. En regard de chaque personnel d'encadrement, préciser s'il est en charge de fonctions précises (distribution des médicaments – transport des vacanciers – restauration – entretien des locaux, activités spécifiques, etc.) :
1……
……
……
2……
……
……
3……
……
……
4……
……
……

Personnel recruté pour l'accompagnement des vacanciers :
Nombre d'accompagnants présents sur le lieu de séjour :……
Nom, prénoms, date de naissance, compétence, expérience et diplômes éventuels, numéros de téléphone (fixe et mobile)- en regard de chaque accompagnant préciser s'il est en charge de fonctions précises (distribution des médicaments – transport des vacanciers – restauration – entretien des locaux, activités spécifiques, etc.) :
1……
……
……
2……
……
……
3……
……
……
4……
……
……
5……
……
……
6……
……
……
7……
……

.....
8.....
.....
.....
9.....
.....
.....
10.....
.....
.....

Le cas échéant, prestataires extérieurs en charge de la distribution et de l'administration des médicaments et de l'enregistrement de leur bonne administration :

Pour les personnes physiques :

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Compétence et expérience : .....
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : .....

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Compétence et expérience : .....
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : .....

Pour les personnes morales :

Raison sociale ou forme juridique : .....
Nom commercial : .....
Adresse : .....
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : .....

Raison sociale ou forme juridique : .....
Nom commercial : .....
Adresse : .....
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : .....

Le cas échéant, prestataires extérieurs chargés du transport des vacanciers :

Pour les personnes physiques :

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Compétence et expérience : .....
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : .....

Nom : .....
Prénom : .....
Date de naissance : .....
Compétence et expérience : .....
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : .....

Pour les personnes morales :

Raison sociale ou forme juridique : .....
Nom commercial : .....
Adresse : .....
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : .....

Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Le cas échéant, prestataires extérieurs chargés de la restauration :
Pour les personnes physiques :
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Pour les personnes morales :
Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Le cas échéant, prestataires extérieurs chargés de l'entretien et du ménage :
Pour les personnes physiques :
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Pour les personnes morales :
Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Le cas échéant, prestataires extérieurs chargés d'encadrer les activités spécifiques du projet de séjour :

Pour les personnes physiques :
Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Nom : ……
Prénom : ……
Date de naissance : ……
Compétence et expérience : ……
Numéros de téléphone (fixe et mobile) : ……

Pour les personnes morales :
Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Raison sociale ou forme juridique : ……
Nom commercial : ……
Adresse : ……
Numéros de téléphone (fixe ou mobile) : ……

Organisation , contenu et durée, et d'une session de formation/information en amont de l'arrivée des vacanciers en vue de la coordination des équipes d'accompagnement (Précisez) :
……
……
……
……
……
……
……
……

Type(s) de lieu(x) d'hébergement du séjour (2)[9]:

ATTENTION : la fiche-annexe 1 doit être dupliquée autant de fois que de lieux d'hébergement au cours du séjour de vacances. Soit, pour un séjour fixe, une seule fiche-annexe, pour un séjour itinérant, autant de fiches annexes que de lieux d'hébergement.

[9] On distingue trois catégories d'hébergements :
1° Les établissements recevant du public - ERP (tous les hôtels et les gros meublés de tourisme de plus de 15 personnes de type gîtes de groupes)
2° Les Bâtiment d'Habitation Collective - BHC (ex : résidences de tourisme)
3° Les maisons individuelles –MI (Ex : chambres d'hôtes et petits meublés, qui ne peuvent dépasser cinq chambres et hébergent 15 personnes au maximum).

Fiche-annexe 1 : Type de lieu d'hébergement

- Hôtel
- Meublé de tourisme (gîte)
- Résidence de tourisme, chambre d'hôte
- Camping, caravaning, mobile home
- Autres (préciser) :

Nom du lieu de séjour : …….
Gestionnaire(s) :……
Adresse :……
……

Code postal :……
Numéros de téléphone (fixe et mobile):……
Mel :……
Dates de début et de fin de séjour dans le lieu : ……
……

Je soussigné(e) certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts.
Nom, prénoms et qualité du signataire : ……..
……
……
……
Date et signature :

ANNEXE 4

MODÈLES D'ARRÊTÉS ET DE COURRIERS TYPES

1 – Arrêté type agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ n°……. *[date]*

Portant agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées » n° ….. délivré le *[date]* à *[nom de l'organisateur]*

Le préfet de……
…….
……..
……..

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 114 ;

Vu le code du tourisme, notamment les articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 ;

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu le décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu la circulaire DGCS/SD3 no 2010-97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap ;

Vu l'arrêté n° ……. du…….donnant délégation de signature à …….. , directeur (trice) régional(e) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu la demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « Vacances adaptées organisées » déposée le……dont il a été délivré récépissé le……..,

ARRÊTE :

Article 1er

L'agrément « Vacances adaptées organisées » prévu à l'article R. 412-12 du code du tourisme est délivré à
[nom/
adresse de l'organisateur]
pour l'organisation de séjours de vacances *[préciser en France et/ou à l'étranger]*.

Article 2

L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans à compter de la date du présent arrêté.

Article 3

[Autorité] est chargé(e), chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié à l'intéressé.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

2 – Arrêté type refus d'agrément

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ n°……. *[date]*

Portant refus d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées »

Le préfet de……
…….
……..
……..

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 114 ;

Vu le code du tourisme, notamment les articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 ;

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements ;

Vu le décret n° 2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu la circulaire DGCS/SD3 n° 2010-97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap ;

Vu l'arrêté n° ……. du…….donnant délégation de signature à …….. , directeur(trice) régional(e) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu la demande (de renouvellement) d'agrément pour l'organisation de séjours de « Vacances adaptées organisées » déposée le……dont il a été délivré récépissé le……..,

ARRÊTE :

Article 1er

L'agrément « Vacances adaptées organisées » prévu à l'article R. 412-12 du code du tourisme n'est pas accordé à
[Nom/

Adresse du demandeur]
pour les motifs suivants :

-
-
-
-
[Adapter au cas d'espèces]

Article 3

[Autorité] est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié à l'intéressé.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Si vous entendez contester le présent arrêté, vous pouvez utiliser les voies de recours suivantes :

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services.

Un recours hiérarchique peut être introduit auprès du ministre chargé des personnes handicapées - 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

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci doit être considéré comme implicitement rejeté.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif de *[ville + adresse]*.

Ce recours juridictionnel doit être déposé au plus tard avant l'expiration d'une durée de deux mois suivant la date de notification de la décision contestée ou la date du rejet de votre recours gracieux ou hiérarchique.

3 – Arrêté type retrait d'agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

ARRÊTÉ n°…….

Portant retrait de l'agrément « vacances adaptées organisées »
n° ….. délivré le ……. à *nom de l'organisateur*

Le préfet de……
…….
……..
……..

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 114 ;

Vu le code du tourisme, notamment les articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 ;

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu le décret n°2009-1540 du 10 décembre 2009 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;

Vu la circulaire DGCS/SD3 n° 2010-97 du 23 mars 2010 relative à la répartition des compétences entre les agences régionales de santé et les directions régionales et départementales en charge de la cohésion sociale sur le champ de la politique du handicap ;

Vu l'arrêté n° …….. du …….. portant subdélégation de signature du directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, en matière administrative ;

Vu le rapport de la direction départementale de la cohésion sociale [et de la protection des populations] de ….. suite au contrôle réalisé le ……. ;

[A dupliquer selon le cas d'espèces]

Vu le (s) courrier(s) de la direction départementale de la cohésion sociale [et de la protection des populations] de ……. en date du/des …….. ;

Vu le (s) courrier(s) de la direction départementale de la cohésion sociale [et de la protection des populations] de ……. En date du/des …….. ;

(le cas échéant) Vu la lettre du… par laquelle le préfet de [région] invite [nom et adresse de l'organisateur] à produire ses informations ;

[*Viser tous éléments pertinents selon le cas d'espèces*]

Considérant le caractère vulnérable des personnes handicapées majeures accueillies lors des séjours de « Vacances adaptées organisées » organisés par *nom de l'organisateur* ;

Considérant l'engagement formulé par *nom de l'organisateur* dans son dossier de demande d'agrément, d'assurer le fonctionnement et le déroulement de séjours pour des personnes handicapées majeures dans des conditions garantissant leur sécurité, leur santé, leur intégrité et leur bien être physique et moral ;

Considérant qu'il appartient, aux termes de l'article R. 412-15 du code du tourisme, aux personnes exerçant le contrôle des activités de « Vacances adaptées organisées » de s'assurer de la sécurité des lieux et des personnes ainsi que de l'état de santé, d'intégrité ou de bien être physique et moral ;

Considérant la/les déclaration(s) produite(s) par *nom de l'organisateur* en date du ……. *Détailler* ;

Considérant que lors du contrôle effectué [date et lieu] par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations de …….. *Détailler* ;

Considérant les injonctions formulées suite au rapport d'inspection par …… en date du ……. *Détailler* ;

Considérant les faits suivants également été constatés :

-
-
-

Considérant le rapport d'inspection complémentaire établi par la direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations de …….. *Détailler* ;

Considérant les signalements/absences de signalement ……. *Préciser les faits* ;

[Les considérants sont à adapter selon le cas d'espèces]

Considérant que l'organisateur de séjours de « Vacances adaptées organisées » a été invité à présenter ses observations *par lettre du [date]* en application de l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 modifiée relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, (le cas échéant) qu'il n'y a pas répondu ;

Sur proposition de [Autorité],

ARRÊTE :

Article 1er

L'agrément « Vacances adaptées organisées » délivré le ……..sous le n° …….à *nom/adresse de l'organisateur* est retiré.

Article 2

La décision de retrait interdit à l'organisateur de solliciter un nouvel agrément « Vacances adaptées organisées » pendant une période d'un an à compter du jour de la publication du présent arrêté au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Article 3 :

Dans le cas où il serait contrevenu à l'article 2 du présent arrêté, *nom/adresse de l'organisateur* s'exposerait aux sanctions prévues par l'article L. 412-2 du code du tourisme.

Article 4

[Autorité] est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié à l'intéressé.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

Si vous entendez contester le présent arrêté, vous pouvez utiliser les voies de recours suivantes :

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services.

Un recours hiérarchique peut être introduit auprès du ministre chargé des personnes handicapées - direction générale de la cohésion sociale –sous-direction de l'autonome des personnes handicapées et des personnes âgées – bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci doit être considéré comme implicitement rejeté.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif de *[ville + adresse]*.

Ce recours juridictionnel doit être déposé au plus tard avant l'expiration d'une durée de deux mois suivant la date de notification de la décision contestée ou la date du rejet de votre recours gracieux ou hiérarchique.

4- Arrêté type cessation de séjour

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

ARRÊTÉ n°…….

Mettant fin au séjour de « vacances adaptées organisées »
Organisé *[préciser les dates de début et de fin et le(s) lieu(x)]* par *[nom et adresse de l'organisateur]*

Le préfet de……
…….

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 114 ;

Vu le code du tourisme, notamment les articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 ;

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles ;

Vu le décret n° 2010-687 du 24 juin 2010 relatif à l'organisation et aux missions des services de l'Etat dans la région et les départements d'Ile-de-France ;

Vu le décret du……. portant nomination de M/Mme…… préfet(e) du département ;

Vu l'arrêté n° …du … donnant délégation de signature à M/Mme [nom] directeur départemental de la cohésion sociale (PP) de/du ……. ;

Vu le rapport de la direction départementale de la cohésion sociale [et de la protection des populations] de ….. suite au contrôle réalisé le ……. ;

Vu les injonctions formulées suite au rapport d'inspection par …… en date du ……. ;

Considérant le caractère vulnérable des personnes handicapées majeures accueillies lors des séjours de « Vacances adaptées organisées » organisés par [*nom de l'organisateur*] ;

Considérant l'engagement formulé par [*nom de l'organisateur*] dans son dossier de demande d'agrément, d'assurer le fonctionnement et le déroulement de séjours pour des personnes handicapées majeures dans des conditions garantissant leur sécurité, leur santé, leur intégrité et leur bien être physique et moral ;

Considérant qu'il appartient, aux termes de l'article R. 412-15 du code du tourisme, aux personnes exerçant le contrôle des activités de « Vacances adaptées organisées » de s'assurer de la sécurité des lieux et des personnes ainsi que de l'état de santé, d'intégrité ou de bien être physique et moral ;

Considérant la/les déclaration(s) produite(s) par *nom de l'organisateur* en date du ……. *Détailler* ;

Considérant le/les signalements effectués par l'organisateur de séjours en application de l'article R. 412-14-1 du code du tourisme ;

[Les considérants sont à adapter selon le cas d'espèces]

Considérant que l'organisateur de séjours de « Vacances adaptées organisées » ainsi que le responsable du séjour ont été enjoints de remédier aux faits constatés *par lettre du [date]*, (le cas échéant);

Considérant qu'aucune suite n'a été données aux injonctions susmentionnées ;

Sur proposition de [Autorité],

ARRÊTE :

Article 1er

Il est mis fin au séjour de « Vacances adaptées organisées » organisé *[préciser les dates de début et de fin et le(s) lieu(x)]* par *[nom et adresse de l'organisateur]*.

Article 2

Dans le cas où il serait contrevenu à l'article 1er du présent arrêté, *nom/adresse de l'organisateur* s'exposerait aux sanctions prévues par l'article L. 412-2 du code du tourisme.

Article 3

[Autorité] est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié à l'intéressé.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départemental(e)
de la cohésion sociale
(et de la protection des populations)

Si vous entendez contester le présent arrêté, vous pouvez utiliser les voies de recours suivantes :

Un recours gracieux motivé peut être adressé à mes services.

Un recours hiérarchique peut être introduit auprès du ministre chargé des personnes handicapées - 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.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois à compter de la date de réception de votre recours, celui-ci doit être considéré comme implicitement rejeté.

Un recours contentieux peut être formé devant le tribunal administratif de *[ville + adresse]*.

Ce recours juridictionnel doit être déposé au plus tard avant l'expiration d'une durée de deux mois suivant la date de notification de la décision contestée ou la date du rejet de votre recours gracieux ou hiérarchique.

5 – Arrêté type poursuite de séjour

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

ARRÊTÉ n°…….

Autorisant la poursuite du séjour de « vacances adaptées organisées »
Organisé *[préciser les dates et le(s) lieu(x)]* par *[nom et adresse de l'organisateur]*

Le préfet de……
…….
……..

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 114 ;

Vu le code du tourisme, les articles L. 211-1, L. 211-2, L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 et notamment l'article R. 412-16 ;

Vu le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;

Vu le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles ;

Vu le rapport de la direction départementale de la cohésion sociale [et de la protection des populations] de ….. suite au contrôle réalisé le ……. ;

Vu le rapport circonstancié établi par [*préciser*] le [*date*] ;

Considérant que [à adapter]:
- l'agrément « vacances adaptées organisées », n'a pas été obtenu ;
- l'organisateur n'a pas effectué les signalements requis en application des articles R. 412-13-1 et R. 412-14-1 du code du tourisme ;
- l'agrément « vacances adaptées organisées » n'est plus valable ;
- l'organisateur n'a pas effectué les déclarations requises en application de l'article R. 412-14 du code du tourisme.

Considérant le caractère vulnérable des personnes handicapées majeures accueillies lors des séjours de « Vacances adaptées organisées » organisés par [*nom de l'organisateur*] ;

Considérant l'engagement formulé par [*nom de l'organisateur*] dans son dossier de demande d'agrément, d'assurer le fonctionnement et le déroulement de séjours pour des personnes handicapées majeures dans des conditions garantissant leur sécurité, leur santé, leur intégrité et leur bien être physique et moral ;

Considérant qu'il appartient, aux termes de l'article R. 412-15 du code du tourisme, aux personnes exerçant le contrôle des activités de « Vacances adaptées organisées » de s'assurer de la sécurité des lieux et des personnes ainsi que de leur état de santé, d'intégrité ou de bien être physique et moral ;

Considérant les faits suivants, établis par le rapport circonstancié :
-
-
[Les considérants sont à adapter selon le cas d'espèces]

Considérant la situation et l'intérêt des personnes accueillies ;

Sur proposition de [Autorité],

ARRÊTE :

Article 1er

La poursuite du séjour de « Vacances adaptées organisées » organisé *[préciser les dates et le(s) lieu(x)]* par *[nom et adresse de l'organisateur]* est autorisée.

Article 2

[Autorité] est chargé(e) de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture et notifié à l'intéressé.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

6 – Accusé de réception demande agrément complète

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous avez sollicité, par courrier en date du [date lettre de demande], une demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées ».

J'accuse ce jour, le [date AR dossier complet], réception de votre dossier complet.

A défaut de réception d'une décision expresse dans un délai de deux mois suivant la date de l'accusé réception de votre demande complète, à savoir le [date AR dossier complet + 2 mois], l'agrément « Vacances adaptées organisées » sera réputé accepté tacitement.

Il vous appartiendra, à compter de cette même date, de solliciter auprès de mes services, une attestation de cette décision implicite d'acceptation.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

7 – Lettre type agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous avez sollicité, par courrier en date du *[date]* dont il a été délivré récépissé le *[date]*, une demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées ».

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint l'arrêté n°……. en date du *[date]* vous accordant cet agrément.

Conformément à l'article R. 412-13-1 du code du tourisme, vous êtes tenu(e) de m'informer dans un délai de deux mois de tout changement substantiel affectant les éléments matériels au vu desquels le présent agrément vous a été délivré et, conformément à l'article R.412-13 du même code, de transmettre annuellement à mes services le bilan de votre activité VAO.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

P.J. : arrêté portant agrément.

8 – Attestation agrément tacite

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous avez sollicité, par courrier en date du [date lettre de demande], une demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées ».

J'ai accusé réception de votre dossier complet par courrier en date du [date courrier accusé réception dossier complet] et vous ai informé qu'à défaut de réception d'une décision expresse dans un délai de deux mois suivant la date de l'accusé réception de votre demande complète, à savoir le [AGR date AR dossier complet +2 mois], l'agrément « Vacances adaptées organisées » serait réputé accepté tacitement.

Je vous confirme par la présente que l'agrément « vacances adaptées organisées » vous a été tacitement délivré à compter du [date AR dossier complet +2 mois].

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

9 – Lettre type dossier incomplet

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous avez sollicité, par courrier en date du *[date]*, une demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées ».

Afin de compléter votre dossier, je vous remercie de bien vouloir me faire parvenir les éléments suivants, mentionnés à l'article R. 412-11 du code du tourisme :

-
-
- [*adapter au cas d'espèces*]

Je vous précise que ce n'est qu'à réception de l'ensemble de ces éléments que votre dossier, enregistré complet, pourra faire l'objet d'un examen par mes services, conformément aux dispositions de l'article R. 412-12 du code du tourisme.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

10 – Lettre type refus d'agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous avez sollicité, par courrier en date du *[date]* dont il a été délivré récépissé le *[date]*, une demande d'agrément pour l'organisation de séjours de « vacances adaptées organisées ».

Je considère que les éléments du dossier énumérés ci-après ne permettent de garantir la sécurité, la santé, l'intégrité et le bien être physique et moral des personnes prises en charge.
-
-
[*Adapter au cas d'espèces*]

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint l'arrêté n°……. en date du …….. vous refusant l'agrément demandé.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

P.J. : arrêté portant refus d'agrément.

11 – Lettre type retrait d'agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..
Titre : ……
Tél :
Courriel :
N°
RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Par courrier en date du *[date]* je vous ai informé, conformément à l'article R. 412-17 du code du tourisme, un projet d'arrêté portant retrait de l'agrément « vacances adaptées organisées » qui vous a été délivré le *[date]* pour une durée de [trois/cinq] ans.

Vous avez apporté des observations écrites dans un courrier daté du *[date]* et/ou vous avez été reçu(e) par mes services lors d'un entretien organisé le *[date].*

Par la présente, je vous confirme ma décision de retrait de l'agrément « vacances adaptées organisées ». Vous trouverez ci-joint copie de l'arrêté correspondant.

Je vous remercie de cesser toutes activités de gestion et d'organisation de séjours de vacances au profit de personnes handicapées majeures telles que définies aux articles R. 412-8 et suivants du code du tourisme.

Dans le cas contraire, vous vous exposeriez aux sanctions pénales prévues à l'article L. 412-2 III du code du tourisme, à savoir 3 750 euros d'amende. La responsabilité pénale des personnes morales peut en outre être engagée, ces dernières pouvant se voir infliger des peines d'interdiction d'exercice pour une durée maximale de cinq ans.

Je vous rappelle en outre que la décision de retrait d'agrément emporte l'interdiction de solliciter un nouvel agrément « Vacances adaptées organisées » pendant une période d'une année à compter du jour de la publication de l'arrêté au recueil des actes administratifs de la préfecture de……

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

P.J. : arrêté portant retrait d'agrément.

12 – Lettre type décision de non retrait d'agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Par courrier en date du *[date]* je vous ai adressé, conformément à l'article R. 412-17 du code du tourisme, un projet d'arrêté portant retrait de l'agrément « vacances adaptées organisées » qui vous a été délivré le *[date]* pour une durée de cinq ans.

Vous avez apporté des observations écrites dans un courrier daté du *[date]* et/ou vous avez été reçu(e) par mes services lors d'un entretien organisé le *[date].*

Vous précisez an particulier que [adapter au cas d'espèces] et vous engagez à [adapter au cas d'espèces].

En conséquence, je vous informe de ma décision de ne pas procéder au retrait de l'agrément « vacances adaptées organisées ».

Vous pouvez donc, à compter de la présente, reprendre les activités de «vacances adaptées organisées ».

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

13 – Lettre type suspension d'agrément

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

Chef lieu de région, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

L'agrément « vacances adaptées organisées »vous a été délivré le [*date*] pour une durée de trois/cinq ans [adapter].

Or, je constate les éléments suivants : *[Adapter selon le cas d'espèces]*

- -
- -
- -
- -
- -

Par conséquent, je considère que vos activités ne satisfont plus aux conditions de l'agrément « vacances adaptées organisées » au sens de l'article R. 412-8 et suivants du code du tourisme.

Aussi, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le projet d'arrêté portant retrait de l'agrément « Vacances adaptées organisées » qui vous a été délivré le *[date].*

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

En application des dispositions de l'article 24 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 modifiée relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, vous avez la possibilité, jusqu'au *[date]* inclus, de présenter vos observations écrites et/ou orales en vous adressant à la préfecture de *[Région+ service compétent + adresse]*. Pour le cas où vous souhaiteriez présenter des observations orales, vous pouvez vous faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de votre choix. Dans ce cas, je vous serais obligé de bien vouloir m'en informer.

Durant cette période, l'agrément « Vacances adaptées organisées » est suspendu et aucun séjour ne peut, de ce fait, être organisé.

Dans le cas contraire, vous vous exposeriez aux sanctions pénales prévues à l'article L. 412-2 III du code du tourisme, à savoir 3 750 euros d'amende. La responsabilité pénale des personnes morales peut en outre être engagée, ces dernières pouvant se voir infliger des peines d'interdiction d'exercice pour une durée maximale de cinq ans.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice régional(e)
de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale

P.J. : projet d'arrêté portant retrait d'agrément.

14 – Lettre type cessation de séjour

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

Chef lieu de département, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..

Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Suite au(x) signalement(s) effectué(s) le [*dater*] /Suite au rapport de contrôle réalisé le [*dater*] par [*préciser*] concernant le séjour de « vacances adaptées organisées » que vous organisez [*dates/lieu(x)*], je vous ai enjoins par courrier du [*dater*], également adressé à [*Monsieur/Madame*], responsable du séjour, de remédier immédiatement aux faits [*signalés/constatés*], qui sont les suivants :

[*Adapter au cas d'espèces*]

Ces injonctions n'ont pas été suivies d'effet.

C'est pourquoi je vous informe de ma décision de mettre fin au séjour de « vacances adaptées organisées » en cause. Vous trouverez ci-joint copie de l'arrêté correspondant.

Je vous remercie de procéder à la fermeture de ce séjour. Dans le cas contraire, vous vous exposeriez aux sanctions pénales prévues à l'article L. 412-2 III du code du tourisme, à savoir 3 750 euros d'amende. La responsabilité pénale des personnes morales peut en outre être engagée, ces dernières pouvant se voir infliger des peines d'interdiction d'exercice pour une durée maximale de cinq ans.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

[*Prévoir un courrier identique adapté pour le responsable du séjour*]

Je vous rappelle qu'il vous appartient de mettre en œuvre les conditions d'évacuation ou de rapatriement des personnes accueillies vers leur lieu de résidence habituelle ou vers un autre lieu géré par un organisme de « vacances adaptées organisées » agréé. [J'ajoute que le surcoût éventuel ne saurait être facturé aux vacanciers].

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départemental(e)
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

P.J. : arrêté portant cessation de séjour.

15 – Lettre type poursuite de séjour

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

Chef lieu de département, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..
Titre : ……..
Tél :
Courriel :

N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Il a été constaté, lors du contrôle du séjour que vous organisez [dates/lieu(x)] que :

- l'agrément « vacances adaptées organisées », n'a pas été obtenu ;
- l'organisateur n'a pas effectué les signalements requis en application des articles R. 412-13-1 et R. 412-14-1 du code du tourisme ;
- l'agrément « vacances adaptées organisées » n'est plus valable ;
- l'organisateur n'a pas effectué les déclarations requises en application de l'article R. 412-14 du code du tourisme.

[A adapter selon le cas d'espèces]

Suite au contrôle sur place effectué [*Date/signataire*] et au rapport circonstancié établi [*date*] par [*Nom/inspecteur de l'action sanitaire et sociale ou médecin inspecteur de santé publique ou inspecteur de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin*], je vous informe néanmoins de ma décision d'autoriser, au vu de la situation et dans l'intérêt des personnes accueillies, la poursuite de ce séjour de« vacances adaptées organisées ». Vous trouverez ci-joint copie de l'arrêté correspondant.

Je vous remercie de remédier aux manquements constatés pour l'organisation ultérieure de nouveaux séjours « vacances adaptées organisées » et de prendre toutes les dispositions nécessaires pour mettre en application les recommandations du rapport circonstancié.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départemental(e)
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

P.J. : arrêté portant décision de poursuite de séjour.

16 – Accusé de réception déclaration M-2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

Chef lieu de département, date

Pôle……
Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..
Titre : ……
Tél :
Courriel :
N°

RECOMMANDÉ AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous êtes titulaire de l'agrément "vacances adaptées organisées" délivré le [date de décision] et avez déposé, par courrier en date du [date], une déclaration pour le séjour que vous organisez [dates de début et de fin et lieu(x) de séjour].

J'accuse ce jour, le [date], réception de votre déclaration.

Vous devrez, huit jours avant le déroulement de ce séjour, me faire parvenir la déclaration complémentaire prévue à l'article R. 412-14 du code du tourisme.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départemental(e)
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

17 – Accusé de réception déclaration J-8

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction départementale
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

Chef lieu de département, date

Pôle……

Service……
Bureau ……

Dossier suivi par :……..
Titre : ……..
Tél :
Courriel :
N°

RECOMMANDE AVEC AR

Madame/Monsieur,

Vous êtes titulaire de l'agrément "vacances adaptées organisées" délivré le [date de décision] et avez déposé, par courrier en date du [date], une déclaration pour le séjour que vous organisez [[dates de début et de fin et lieu(x) de séjour] dont j'ai accusé réception le [date].

J'accuse ce jour, le [A SAISIR], réception de votre déclaration complémentaire.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Madame/Monsieur
Nom et adresse
de l'organisateur

Pour le préfet et par délégation,

Le directeur/la directrice départemental(e)
de la cohésion sociale
et de la protection des populations

ANNEXE 5

MODÈLE DU QUESTIONNAIRE MENTIONNÉ À L'ARTICLE R. 412-11 3° DU CODE DU TOURISME

Nom, prénom et date de naissance du vacancier :……
Lieu de résidence habituelle :……
En cas de mesure de protection juridique, nom(s) et prénom(s) de la (ou des) personne(s) l'exerçant : ……..

ATTENTION
Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles.

1. Toilette et hygiène personnelle

Entretien personnel	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Fait sa toilette			
Se brosse les dents			
Se rase			
Se coiffe			
S'habille			
Change ses vêtements			
Change ses sous-vêtements			
Reconnaît ses vêtements			
Se chausse			
Va aux toilettes			
	Oui	**Non**	**Autres précisions**
Hypersialorrhée			
Est énurétique le jour			*Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?*
Est énurétique la nuit			*Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?*
Est encopétrique le jour			*Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?*
Est encopétrique la nuit			*Utilise des protections ?* *Sont-elles fournies ?*
A peur du bain			
A peur de la douche			

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

2. Alimentation

Alimentation	Seul	Avec aide ponctuelle	Avec aide constante
Mange			
Boit			
	Oui	**Non**	**Autres précisions**
Faut-il mixer les aliments			

Régime alimentaire			
Risque de fausse-route			
Troubles alimentaires : boulimie, anorexie, etc.			

Informations complémentaires sur les goûts et habitudes alimentaires (ex : quel petit déjeuner, aliments préférés ou rejetés, prend un café après les repas, utilisation des couverts, besoin d'accessoires, etc.)

3. Nuit, sommeil, lever, coucher

Nuit, sommeil, lever, coucher	Oui	Non
Se couche tôt (préciser l'heure)		
A peur le l'obscurité		
A des difficultés pour s'endormir		
Se réveille la nuit		
A des angoisses nocturnes		
A des insomnies		
A un lever difficile		
Se lève tôt (préciser l'heure)		
Fait la sieste		

Autres précisons et préconisations

4. Santé

ATTENTION : joindre la fiche ci-jointe relative aux informations médicales ainsi que l'original des ordonnances utiles : médicaments, lunettes, lentilles, soins, etc.

Gestion et suivi du traitement médical--------- autonome------ assistance------ aide totale (cocher la case utile)
---------- sans objet
Se déplace en fauteuil---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Utilise en canne d'aide à la marche---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Utilise une canne blanche---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Port de lunettes correctrices---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Port de lunettes de protection---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Port de lentilles---------- en permanence
---------- occasionnellement
---------- non
Port d'une prothèse dentaire amovible---------- oui---------- non
Port d'une prothèse auditive ---------- oui---------- non
Port de chaussures orthopédiques ---------- oui---------- non
Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

5. Habitudes de vie et comportement

Habitudes de vie/Comportement	Oui	Non
La personne vit-elle habituellement en couple		
La/le conjoint(e) est-elle (il) inscrit sur le même séjour		
Sens social avec une personne connue		
Sens social avec une personne inconnue		
Objet fétiche		
Rituels		
Goûts particuliers		

Tendance à fuguer		
Troubles de la mémoire		
Délires		
Hallucinations		
Phobies		
Crises d'angoisse		
Agressivité		
Automutilation		
Mise en danger de soi (refus de soins, etc.)		
Comportements exhibitionnistes		
Troubles obsessionnels et compulsifs		
Tendance au retrait		
Consommation de boissons alcooliques		
Consommation de tabac		

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

6. Communication

Communication	**Oui**	**Avec correction**	**non**
Voit			
Entend			
	Oui	**Un peu**	**Pas du tout**
Communique par le langage verbal			
Utilisation d'une langue gestuelle (langue des signes française, etc.)			
Utilisation d'une langue gestuelle tactile			
Communique par des attitudes, un gestuel ou objets à valeur de communication			
Communique par pictogrammes, dessins, photos			
Communique par cris, vocalises ou autres signes oraux à valeur codifiée			
Aphasie			
Logorrhées/itérations			
	Seul	**Avec une aide**	**Non**
Ecriture			

Lecture			
Lecture labiale			
Dessin			
Utilisation du téléphone			
Utilisation d'Internet			
Utilisation de logiciels adaptés			
Utilisation d'une table alphabétique ou d'une tablette			
Utilisation d'outils très simplifiés ou adaptés			

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

7. Sorties et déplacements

Sorties et déplacements	Oui	Non	Avec une préparation/ Préciser
Se repère dans l'espace			
Se repère dans le temps			
Mémorise un lieu à atteindre			
Mémorise un trajet			
S'adapte à des lieux nouveaux			
Supporte les lieux publics			
Lit l'heure			
Lit les panneaux indicateurs			
Sait demander son chemin			
Sait rentrer à heure fixe			
Sait traverser la chaussée sans danger			
Sort seul sans accompagnement			
Sort en petit groupe sans accompagnement			

8. Gestion de l'argent personnel

Gestion de l'argent de poche---------- autonome---------- avec une aide---------- non
Réalisation d'un achat simple---------- autonome---------- avec une aide---------- non

Indiquer ci-dessous toutes précisions complémentaires utiles

9. Activités sportives et de loisirs

Activités sportives et de loisirs	Oui	Non
Sait faire un choix parmi plusieurs activités		
Pratique régulière d'une activité sportive (préciser)		
Pratique régulière d'une activité de loisirs (préciser)		
Fatigabilité (préciser)		
Peut soutenir son attention de manière prolongée (durée d'un film, d'un spectacle)		
Sait nager		
A déjà dormi sous tente, caravane, mobile home		
Peut prendre les repas en dehors du lieu de séjour habituel		
Contre-indication à sortir le soir		

Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

10. Fiche relative au traitement médical

ATTENTION **Les informations contenues dans ce document sont strictement confidentielles**

Nom, prénom : ----------
Sexe féminin Sexe masculin
Date et lieu de naissance : ----------
Adresse du lieu de résidence habituelle :----------

Numéro de sécurité sociale : ----------
Caisse d'affiliation :: ----------
Séjour choisi ----------
Période du séjour choisi : ----------
Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du représentant légal ou le la personne la plus proche à joindre en cas de nécessité : ----------
---

Nom, prénom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant : ----------
---

Est-il joignable durant le séjour ?---------- oui---------- non ----------

Si le médecin traitant n'est pas joignable, nom, prénom, adresse et téléphone du médecin joignable durant le séjour :

Déficience/handicap :
Moteur---------- sensoriel---------- mental---------- cognitif --------- psychique---------- polyhandicap:

Pathologie (s) associée(s-)----------

Prescription médicale en cours (joindre l'ordonnance) :
1° Prise des médicaments

Prescription	Matin	Midi	Soir	Coucher
Médicament 1 et doses prescrites :				
Médicament 2 et doses prescrites :				
Médicament 3 et doses prescrites :				
Médicament 4 et doses prescrites				
Médicament 5 et doses prescrites				

2° Autres soins prescrits :
Indiquer ci-dessous toutes précisons complémentaires utiles

Autres informations :

Le vacancier gère-t-il seul son traitement ?---------- oui --------- avec une aide---------- non ----------
Groupe sanguin :
Vaccinations à jour :
Hépatite A :---------- oui non ----------Date du dernier rappel----------
Hépatite B :---------- oui non ----------Date du dernier rappel ----------
Tétanos :---------- oui non---------- Date du dernier rappel ----------
Grippe :---------- oui non ----------Date du dernier rappel----------
Autres : ----------

Allergies connues, aux aliments, aux médicaments, etc----------
----

Asthmatique---------- oui--- non--- Si la réponse est oui, date de la dernière crise :----------
Epileptique---------- oui--- non----Si la réponse est oui, date de la dernière crise :----------
Contre indications :

Baignade ---------- oui---------- non----------
Autres activités nautiques---------- oui---------- non----------
Autres activités sportives---------- oui---------- non ----------
Préciser----------
----------L'altitude
est-elle déconseillée ?---------- oui ---------- non----------
Une activité soutenue est-elle déconseillée ?---------- oui---------- non----------
Toute exposition solaire même modérée est-elle strictement déconseillée ?------- oui---------- non----------
--

Pour les vacancières :
Si prise d'un contraceptif, préciser lequel (médicament ou autre moyen de contraception) ----------
---
La vacancière gère t'elle seule la gestion de sa contraception, ou la prise du médicament----------
---
Date des dernières règles : ----------
Les règles sont-elles---------- douloureuses---------- abondantes----------
Aménorrhées :---------- oui---------- non----------
Dysménorrhées : ---------- oui---------- non----------

Le vacancier fume t'il des produits du tabac ? ---------- - oui---------- non----------
Le vacancier consomme t'il ses boissons alcooliques ?--- oui---------- non----------
A-t-il une consommation problématique d'alcool ?------- oui---------- non----------

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

Lieu, date et signatures du vacancier ou de son représentant légal et du médecin

11. Autorisation d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale :

Autorisation d'intervention chirurgicale
Nous, soussignés (le vacancier lui-même ou son représentant légal)
……
……
Autorisons le transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU) pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur la personne
……:……
……..

Fait à ……., le ……
Signature du vacancier ou de son représentant légal

Synthèse du séjour par le responsable du séjour :

Lieu, date et signature du responsable du séjour :

ANNEXE 6

MODÈLE DE FICHE DE SUIVI DE LA DISTRIBUTION DES MÉDICAMENTS

Distribution des médicaments
Fiche individuelle de suivi

Prévoir ici la photographie du vacancier.

Nom, prénom et date de naissance du vacancier :……
Lieu de résidence habituelle :……
Nom et coordonnées du médecin à contacter, le cas échéant :

Lieu du séjour :
Du au
Responsable ou directeur :
Nom(s), prénom(s) et qualité de la (des)personne(s) chargée(s) de la distribution des médicaments :

Semaine du au :

Date	Médicament n°1	Matin	Midi	Soir	Coucher	Signature de la personne chargée de la distribution

Semaine du au :

Date	Médicament n°2	Matin	Midi	Soir	Coucher	Signature de la personne chargée de la distribution

Semaine du au :

Date	Médicament n°3	Matin	Midi	Soir	Coucher	Signature de la personne chargée de la distribution

Semaine du au :

Date	Médicament n°4	Matin	Midi	Soir	Coucher	Signature de la personne chargée de la distribution

Semaine du au :

Date	Médicament n°5	Matin	Midi	Soir	Coucher	Signature de la personne chargée de la distribution

ANNEXE 7

MODÈLE DE PROGRAMME DES SESSIONS DE SENSIBILISATION AU HANDICAP ET À L'ORGANISATION DES SÉJOURS DE VACANCES ADAPTÉES ORGANISÉES

Module 1 : Le cadre juridique

L'accès aux séjours de vacances collectifs :

– la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (article 48) ;
– les articles L. 412-2 et R. 412-8 à R. 412-17 du code du tourisme [+ information sur le site dédié SIVAO].

Les personnes handicapées majeures accueillies :

– l'article L. 144 du code de l'action sociale et des familles ;
– présentation des établissements socio-et médicosociaux s'ils constituent le lieu de résidence habituelle des vacanciers accueillis ;
– la lutte contre la maltraitance et de promotion de la bientraitance envers les personnes vulnérables : rappel de la circulaire DGCS/SD2A n° 2011-282 du 12 juillet 2011 relative au renforcement de la lutte contre la maltraitance, au développement de la bientraitance dans les établissements et services sociaux relevant de la compétence des services déconcentrés de la cohésion sociale et à la compétence du représentant de l'État dans le département au titre de la protection des personnes.

Module 2 : L'organisateur des séjours de vacances adaptées organisées

Le titulaire de l'agrément : son organisation, ses acteurs, son projet

L'organisation des séjours de vacances adaptées organisées :

– types de séjours et activités de vacances proposées ;
– missions et qualifications requises des équipes chargées d'accompagner les personnes handicapées, attentes de l'organisateur quant aux personnels recrutés ;
– le lien entre le titulaire de l'agrément ou la délégation locale, le responsable de groupe (ou directeur) et ses adjoints et les accompagnateurs dans la préparation et le bilan des séjours pour le travail en équipe et le suivi individuel ;
– conditions d'accompagnement en fonction des personnes handicapée majeures ;
– la vie affective et sexuelle : la liberté, pour les personnes accueillies, d'avoir des relations sexuelles, dans la limite du respect d'autrui, la contraception, l'identification des éventuelles situations de vulnérabilité, les risques d'abus ou de violences ;
– le fonctionnement de la vie collective et des règles de vie ;
– les phénomènes de groupe, la vie en groupe, la régulation du groupe ;
– les règles d'hygiène, de sécurité et d'accessibilité ;
– l'équilibre alimentaire, le Programme national nutrition santé (PNNS) ;
– l'organisation sanitaire ;
– l'organisation des locaux ;
– l'organisation des transports.

Module 3 : Les risques

Rappel des gestes de premier secours.

Conduite à tenir en cas de crise d'asthme.

Conduite à tenir en cas de crise d'épilepsie.

Conduite à tenir en cas de troubles du comportement instable ou atypique.

Exemples à adapter en fonction des pathologies des vacanciers accueillis : le traitement, le régime alimentaire, que faire en cas de malaise ; le diabète, l'insuffisance surrénale, etc.

Conduite à tenir en cas de chute.

Conduite à tenir en cas d'intoxication (alimentaire, médicamenteuse, etc.).

Ce qu'il faut faire en cas d'alerte canicule.

Les risques liés à l'exposition au soleil.

Les risques liés à la consommation d'alcool, notamment conjugué à la prise de certains médicaments.

L'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif.

ANNEXE 8

MODÈLE DE FORMULAIRE DE REMONTÉE DES INFORMATIONS – PROTOCOLE DE SIGNALEMENT AUX AUTORITÉS ADMINISTRATIVES DES ACCIDENTS GRAVES OU SITUATIONS AYANT PRÉSENTÉ DES RISQUES GRAVES

Le présent formulaire est destiné à faciliter les échanges d'information entre les personnes responsables de séjours VAO et la DDCS (PP) ou le consulat et l'ambassade

L'article R. 412-14-1 du code du tourisme prévoit que les personnes responsables de l'organisation du séjour sur le lieu de vacances sont tenues d'informer sans délai le préfet du département du lieu se séjour de tout accident grave ainsi que de toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé, l'intégrité ou le bien être physique et moral des personnes handicapées majeures.

Je, soussigné(e) (nom, prénoms, responsable de l'organisation du séjour) :
Nom et coordonnées (tél. et courriel) de l'organisme agréé : .....
Séjour déclaré le (dates des déclarations M-2 et J-8) : .....
Dates de début et de fin du séjour : .....
Adresse du ou des lieu(x) du séjour : .....
Noms, prénoms des personnels présents lors des événements : .....
Signale à :
M. XXXX, préfet (chef lieu de département)
Direction départementale de la cohésion sociale (et de la protection des populations)
Courriel : .....
Téléphone : .....
Adresse : .....

Les faits suivants :

Nature des faits – description :

Événements relatifs aux victimes présumées

☐ Violences sexuelles : .....
☐ Viols : .....
☐ Violences psychologiques et morales : .....
☐ Violences physiques : .....
☐ Non respect de la prescription médicale : .....
☐ Privation de droit : .....
☐ Négligence grave ou erreurs successives : .....
☐ Maltraitances non précisées : .....
☐ Suicides (suspectés ou avérés) : .....
☐ Tentatives de suicide : .....
☐ Autres, à préciser : .....

Événements relatifs à la santé de la personne :

☐ Epidémie : .....
☐ Accidents corporels (chutes, etc.) : .....
☐ Autres, à préciser : .....

Événements relatifs à la sécurité des biens et des personnes :

☐ Vols : .....
☐ Fugues : .....
☐ Actes de malveillance : .....

☐ Intoxication alimentaire : .....
☐ Départ de feu : .....
☐ Incendie : .....
☐ Inondation : .....
☐ Autres, à préciser : .....

Événements relatifs au fonctionnement de l'organisme responsable du séjour :

☐ Procédures judiciaires à l'encontre de personnels : .....
☐ Défaillance de personnel : .....
☐ Défaillances techniques : .....
☐ Conflits ou menaces de conflits internes : .....
☐ Autres, à préciser : .....

Déroulement des faits (date, heure, circonstances, etc.) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dispositions prises pour remédier aux carences, abus ou faire cesser le danger :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dispositions prises à l'égard de la victime et, le cas échéant, de l'auteur présumé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dispositions prises pour l'information des familles, proches ou tuteurs légaux :

.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Date et heure du signalement
Signature

SOLIDARITÉS

DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DE LA VILLE,
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction générale de la cohésion sociale

Service des droits des femmes et de l'égalité
entre les femmes et les hommes

Bureau de l'égalité entre les femmes et
les hommes dans la vie professionnelle

Direction de la ville et de la cohésion urbaine

Mission égalité hommes-femmes

Instruction interministérielle DGCS/B3/CGET n° 2015-170 du 23 juin 2015 relative à la mise en œuvre de plans d'actions pour l'égalité entre les femmes et les hommes habitant les quartiers de la politique de la ville

NOR : *AFSA1511670J*

Examinée par le COMEX du 13 mai 2015.

Date d'application : immédiate.

Résumé : élaboration de plans d'action pour l'égalité entre les femmes et les hommes dans les quartiers de la politique de la ville.

Mots clés : politique interministérielle de l'égalité entre les femmes et les hommes.

Références :

Convention triennale d'objectifs 2013-2015, du 22 mai 2013, pour les quartiers populaires entre le ministère des droits des femmes et le ministère délégué à la ville.

Instruction du ministère de la ville, de la jeunesse et des sports et de la secrétaire d'État chargée de la politique de la ville du 15 octobre 2014 relative aux modalités d'élaboration des contrats de ville.

Cadre de référence « égalité femmes-hommes dans les contrats de ville de nouvelle génération » du commissariat général à l'égalité des territoires de septembre 2014.

Annexe : tableau d'actions visant à réduire les inégalités entre les femmes et les hommes au sein de chaque pilier des contrats de ville.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et le ministre de la ville, de la jeunesse et des sports à Mesdames et Messieurs les préfets de région et à Mesdames et Messieurs les préfets de département.

Plus de 2 millions de femmes vivent dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV). La population féminine des QPV présente des caractéristiques similaires à celle des hommes qui y vivent. Toutefois ces femmes ont également des caractéristiques propres qui les différencient à la fois de leurs homologues masculins et des femmes vivant dans les unités urbaines environnantes, accentuant ainsi les inégalités existantes.

À titre d'exemple, en matière d'accès ou de positionnement sur le marché du travail, ces femmes sont souvent moins actives. Ainsi en 2014, 47,3 % des femmes habitant dans un quartier prioritaire sont inactives, contre 33 % des femmes du reste de l'agglomération. Elles sont aussi dans des situations professionnelles plus précaires, confrontées à des obstacles conséquents pour accéder à l'emploi et concentrées sur un nombre encore plus restreint de secteurs professionnels.

Sur les territoires de la politique de la ville, plus de 1 femme sur 4 a renoncé à des soins, faute d'informations ou de ressources pour y accéder ; 1 famille sur 4 est monoparentale soit dix points de plus que sur le reste du territoire. Dans 9 cas sur 10, ce sont les femmes qui sont à la tête des familles monoparentales.

Nouveau cadre des politiques publiques

En application de la loi de programmation de la ville et de la cohésion urbaine du 21 février 2014, la prise en compte de l'égalité entre les femmes et les hommes et la lutte contre les inégalités persistantes en la matière relèvent de la responsabilité conjointe de l'État et des collectivités territoriales.

Dans ce cadre, la politique de la ville vise à concourir à l'égalité entre les femmes et les hommes. Cet objectif inscrit dans la loi doit se concrétiser au sein des contrats de ville.

L'élaboration puis la mise en œuvre des contrats de ville fournit en effet à l'État, aux collectivités et aux partenaires signataires l'opportunité de concevoir, sur la base d'un diagnostic territorial sexué, un programme d'actions destiné à faire progresser significativement l'égalité, dans toutes ses dimensions et dans tous les secteurs, qu'il s'agisse d'égalité professionnelle, de citoyenneté, de parité, de protection des femmes contre toutes les formes de violences et de lutte contre les stéréotypes de genre dans les quartiers prioritaires, de promouvoir l'accès des femmes à leurs droits notamment en matière de santé, et enfin de favoriser l'implication dans l'espace public et les projets de territoire, la pratique sportive et l'accès des femmes à la culture.

Ces enjeux nécessitent la pleine mobilisation de l'ensemble des services de l'État, des collectivités territoriales et des différents acteurs impliqués dans l'élaboration des contrats de ville.

Ils doivent impérativement irriguer les différents volets du contrat de ville et ne pas constituer un objet « à part ».

Préconisation de méthode

Afin de vous aider à élaborer le plan d'action locale, un tableau annexé à la présente instruction a été élaboré et vous offre une méthode adaptée à chaque réalité locale.

Organisé selon les trois piliers du contrat de ville, il liste, sur la base de constats nationaux, les principaux objectifs que le contrat de ville est susceptible de traiter en fonction des circonstances locales.

Il associe à chaque objectif un indicateur qui n'a pas de caractère obligatoire. Ces indicateurs vous sont présentés pour faciliter vos travaux de mesure et d'évaluation des réductions d'écarts entre les femmes et les hommes dans tous les volets des contrats de ville.

Il présente enfin les outils ou financements de droit commun ou les crédits spécifiques de la politique de la ville mobilisables.

Ce tableau est un outil d'aide à l'analyse pour appréhender les enjeux liés à l'égalité entre les hommes et les femmes au sein des quartiers prioritaires de la politique de la ville et d'y répondre en conséquence.

En fonction du diagnostic local, vous pourrez faire figurer dans le présent tableau, pour chaque thématique ciblée, des correspondances entre les constats statistiques locaux (*Cf.* lien vers le site du CGET : www.cget.gouv.fr), les analyses qualitatives dont vous disposez, les objectifs de politique publique, les indicateurs géo-localisés et les actions programmées sur le terrain. Les contenus illustratifs de ce document repère sont libres de toute adaptation que vous souhaiterez y porter.

Nous savons pouvoir compter sur votre attention sur ce sujet d'enjeu, auquel a été consacré le comité interministériel à l'égalité et à la citoyenneté du 6 mars 2015.

Le Gouvernement s'est ainsi engagé à résorber les inégalités auxquelles sont confrontées les femmes au sein des territoires et à promouvoir leurs initiatives. Les mesures axées sur la lutte contre les stéréotypes sexistes, la parité dans les instances décisionnaires, le meilleur partage de l'espace public, la lutte contre les impayés de pensions alimentaires et le développement des crèches à vocation d'insertion professionnelle, témoignent de cet engagement.

Le service des droits des femmes et de l'égalité (Anne Maurage-Bousquet - anne.maurage-bousquet@social.gouv.fr) et le commissariat général à l'égalité des territoires (Nadia Bentchicou - nadia.bentchicou@cget.gouv.fr) se tiennent à votre disposition pour tout renseignement utile.

Pour la ministre des affaires sociales,
de la santé et des droits des femmes
et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. Vinquant

Pour le ministre de la ville, de la jeunesse
et des sports et par délégation :
Le directeur de la ville
et de la cohésion urbaine,
R. Le Méhauté

ANNEXE

ACTIONS VISANT À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES AU SEIN DE CHAQUE PILIER DES CONTRATS DE VILLE

Pilier 1 : Cohésion sociale

CONSTATS	OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS de suivi	OUTILS ou financements mobilisables	COMMENTAIRES
Sources: Étude EGALiTER (HCEfh -ONZU- INSEE) avril 2014 « Les chiffres clés de inégalités femmes-hommes dans les quartiers prioritaires et les territoires ruraux ».				Dispositifs de droit commun (compléter par programme 147 le cas échéant).	
Les femmes représentent plus de 52 % des personnes résidant en ZUS.	1. De manière générale, favoriser l'accès des femmes aux services publics et aux offres socio-éducatives et de loisirs. 2. Promouvoir l'engagement citoyen des femmes et l'implication dans les projets de territoire.		Nombre de femmes et de jeunes femmes bénéficiaires de ces offres et services. Nombre d'habitantes membres des conseils citoyens par exemple ou engagées dans des actions citoyennes.	Conseils citoyens. Maisons du projet. Fabriques d'initiatives citoyennes.	Ce premier indicateur étant difficilement mesurable, il convient de bien préciser le champ des initiatives.
1 famille sur 4 est monoparentale (26 % en ZUS 16 % hors ZUS). Dans 9/10 cas, ce sont les femmes qui sont à la tête des familles monoparentales.	3. Identifier les réels besoins des familles monoparentales afin d'y répondre de manière adaptée.		Part des bénéficiaires de minima sociaux parmi les familles mono parentales.		
1 fille sur 5 en ZUS a un retard scolaire d'au moins un an à l'entrée en 6e (1 sur 10 hors ZUS) Le taux de réussite au brevet des collégiennes de 3e en ZUS est de 8 points inférieur hors ZUS (79,3 % contre 86,9 %). Une fille de 16/17 ans en ZUS aura 38,1 % de chances de suivre une filière générale contre 52,7 % hors ZUS. (27,7 % pour les garçons en ZUS et 43,1 % hors ZUS).	4. Favoriser les aides en faveur de la réussite scolaire et prévention des comportements et stéréotypes sexistes (éducation au respect des filles et des garçons).		Nombre de filles bénéficiaires de dispositif en faveur de la réussite scolaire. Taux de réussite au brevet des collèges. Suivi de l'évolution du retard scolaire.	Dispositifs éducation nationale tels que le soutien scolaire. Dispositifs politique de la ville tels que le programme de réussite éducative (PRE).	
1 jeune femme sur 5 est mère (18 % des 18-25 ans; 8 % hors ZUS).	5. Informer les jeunes filles et les femmes autour de la contraception et des grossesses précoces.		Nombre de femmes fréquentant des centres de planification et des établissements d'information et de conseil conjugal et familial (EICCF) pour les jeunes filles.		

CONSTATS	OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS de suivi	OUTILS ou financements mobilisables	COMMENTAIRES
En ZUS, plus de 1 femme sur 4 a renoncé à des soins.	6. Favoriser l'accès à la prévention et aux soins et développer l'information.		Nombre de femmes fréquentant des maisons de santé, des PMI, par exemple. Nombre de femmes bénéficiant de la CMU et de l'AME.		
En ZUS, près de 1 femme sur 10 a été victime de violences physiques ou sexuelles ; une plus grande proportion déclare avoir subi des violences au sein du couple dans les ZUS (3,8 % contre 2,4 % hors ZUS).	7. Lutter contre les violences faites aux femmes et développer les sources d'informations.		Nombre d'actions d'information mises en œuvre. Nombre de femmes participantes. Nombre de femmes écoutées et accueillies dans les structures d'accueil des femmes victimes de violences, et notamment les permanences CIDFF, dans le QPV.	Mesures du 4e plan de lutte contre les violences faites aux femmes en lien avec divers ministères et la Miprof.	
4 % des femmes résidant en ZUS disposent d'une licence sportive.	8. Favoriser la pratique sportive féminine et accroître la sensibilisation des éducateurs sportifs.		Nombre de femmes et jeunes filles licenciées.	Plan « citoyens du sport ».	
Moins de 40 % des bénéficiaires du programme national « Ville, vie, vacances » (VVV) sont des filles.	9. Atteindre la parité dans l'accueil des jeunes au sein du dispositif.		Nombre d'inscriptions femmes/hommes par disciplines sportives pratiquées proposées dans le cadre du programme « VVV » (inscriptions aux clubs).	Dispositifs VVV.	
En 2011, 17 % des femmes âgées de 18 à 65 ans en ZUS sont en situation d'illettrisme (5 % hors ZUS).	10. Favoriser l'implantation et soutenir les dispositifs d'aide à l'apprentissage du français.		Nombre d'ateliers socio-linguistiques mis en place. Nombre d'« École ouverte aux parents ». Nombre de femmes participantes.	« École ouverte aux parents ». « ASSL ». Plans locaux de lutte contre l'illettrisme.	La prochaine enquête (IVQ) Information vie quotidienne donnera le taux d'illettrisme.
La part des femmes immigrées est plus importante (22 % en ZUS, 10 % hors ZUS). Les femmes résidant dans les ZUS expriment plus fréquemment que celles d'autres quartiers un sentiment de discrimination vis-à-vis de leur origine et de leur couleur de peau.	11. Organiser des programmes de prévention et de lutte contre les discriminations.		Nombre de formations destinées aux acteurs locaux. Nombre de femmes bénéficiaires des actions organisées.		

Pilier 2 : Cadre de vie et renouvellement urbain

CONSTATS	OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS de suivi	OUTILS ou financements mobilisables	COMMENTAIRES
Sources : étude EGALiTER (HCE - ONZUS - INSEE) avril 2014 « Les chiffres clés des inégalités femmes-hommes dans les quartiers prioritaires et les territoires ruraux ; Rapport Noblecourt 2012 ; Femmes et Villes "violences dans l'espace public". »				Dispositifs de droit commun (à compléter par le programme 147 le cas échéant).	
En ZUS, près d'une femme sur 10 a été victime de violences physiques ou sexuelles, une plus grande proportion déclare avoir subi des violences au sein du couple dans les ZUS (3,8 % en ZUS contre 2,4 % hors ZUS).	1. Faciliter l'accès au logement ou relogement et à l'hébergement pour les femmes victimes de violences et favoriser la décohabitation.		Nombre de femmes suivies. Nombre de femmes victimes de violences conjugales ou de viol résidant dans les QPV bénéficiaires d'un téléphone grave danger. Nombre de femmes victimes de violences résidant dans les QPV ayant bénéficié d'un hébergement ou d'un logement.		
Près d'une femme sur 3 éprouve un sentiment d'insécurité dans son quartier (1 sur 5 hors ZUS). En France, un cinquième des femmes (18,8 %) a subi au moins une forme de violence dans l'espace public au cours des douze derniers mois. Une population de femmes plus jeune : La part des femmes de 23 à 30 ans est plus forte dans les quartiers de la politique de la ville qu'ailleurs (ce n'est pas le cas pour les hommes); L'âge médian des femmes en ZUS est de 32 ans (39 ans hors ZUS).	2. Renforcer l'appropriation de l'espace public par les femmes. 3. Favoriser l'implication des femmes comme actrices de la vie locale ; faciliter la vie quotidienne des femmes et prendre en considération les usages et représentations différenciés de l'espace urbain par les femmes et les hommes. 4. Favoriser la mobilité des femmes dans l'espace public et dans leur parcours résidentiel.		Nombre de marches exploratoires organisées. Nombre de femmes participantes. Proportion de femmes présentes dans les conseils citoyens. Nombre de femmes prises en charge par des collectifs associatifs. Nombre d'actions mises en œuvre pour que les femmes soient plus présentes dans l'espace public.	Diagnostics en marchant de la gestion urbaine de proximité FIPD.	

Pilier 3 : Développement économique et emploi

CONSTATS	OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS de suivi	OUTILS ou financements mobilisables	COMMENTAIRES
Source : rapport ONZUS mars 2014 « L'emploi des femmes dans les zones urbaines sensibles » Étude EGALiTER (HCE - ONZUS - INSEE) avril 2014 « les chiffres clés des inégalités femmes-hommes dans les quartiers prioritaires et les territoires ruraux.»				Dispositifs de droit commun (à compléter le cas échéant par le programme 147).	
Activité En ZUS, le retrait du marché du travail s'accélère : En 2012, 1 femme sur 2 est absente du marché de l'emploi (52,6 % de taux d'activité pour les femmes en ZUS contre 66,8 % hors ZUS). Le taux d'emploi des femmes immigrées est nettement inférieur à celui des femmes non immigrées (49,1 % contre 69,6 %). Un niveau de responsabilité plus faible dans l'emploi : 64,3 % des femmes salariées résidant en ZUS sont employées contre 50 % des femmes habitant sur les autres quartiers. Au cours du premier programme de rénovation urbaine (PNRU) mené par l'ANRU, seules 5.5 % des femmes ont bénéficié du dispositif des clauses d'insertion.	1. Agir sur les freins et les leviers permettant d'accroitre le taux d'activité des femmes par des initiatives partenariales. 2. Encourager la mixité dans les parcours d'orientation, de formation et dans les métiers dits masculins. 3. Favoriser le développement des clauses d'insertion dans tous les marchés, quel que soit l'activité considérée (services, projets de renouvellement urbain, etc.) en veillant à ce que les femmes en soient également bénéficiaires. 4. Au titre du NPNRU, définir localement des objectifs de qualité des démarches d'insertion, en particulier la part occupée par les femmes dans les clauses d'insertion.		Nombre d'actions mises en œuvre pour favoriser l'emploi des femmes. Part des femmes et des hommes dans les parcours d'orientation et de formation par secteur. Part des femmes bénéficiaires de l'IAE. Part des femmes bénéficiaires des clauses d'insertion dans les marchés.		Charte nationale d'insertion de l'ANRU.
Création d'entreprises Selon « Opinion Way », le taux de création d'entreprise en ZUS est deux fois supérieur à la moyenne nationale avec une répartition femmes/hommes identique à la moyenne nationale (1/3 de femmes et 2/3 d'hommes). Les créateurs y sont plus jeunes et souvent plus diplômés).	5. Encourager la création d'activité des femmes des quartiers par un objectif d'égalité femmes/hommes dans le plan « entrepreneurs des quartiers » : intégrer l'objectif de 40 % de femmes au plan « entreprenariat au féminin » ; faciliter l'accès aux locaux pour l'entreprenariat collectif.	Lancer des plans femmes/hommes « entrepreneur-e-s des quartiers ».	Évolution sur cinq ans de la part des femmes créatrices d'entreprises dans les QPV. Nombre de femmes bénéficiaires du FGIF (Fonds de garantie à l'initiative des femmes).	Aide à la création d'entreprises pour les femmes.	

CONSTATS	OBJECTIFS	ACTIONS	INDICATEURS de suivi	OUTILS ou financements mobilisables	COMMENTAIRES
Qualité des emplois. Les femmes de moins de trente ans vivant en ZUS sont de moins en moins en CDI (54,4 %). L'écart se creuse avec leurs homologues hors ZUS (– 7,6 points).	6. Identifier les causes du sous-emploi des femmes et particulièrement des jeunes femmes d'origine immigrée. 7. Favoriser la mobilité des femmes des quartiers pour accroitre leur insertion professionnelle.	Lancer en partenariat État-collectivités locales, des appels à initiatives locales pour l'accès au 1er emploi des femmes résidant dans les quartiers où le taux d'inactivité est supérieur à 60 %. Cibler les plateformes mixité sur les quartiers de la politique de la ville. Diffuser et promouvoir la reprise du projet « Jeunes et femmes » généralisé aux missions locales de l'Essonne (projet global : éducatif, professionnel, santé, citoyenneté, etc.). Promouvoir des actions de mise en réseau des femmes.	Proportion d'actifs employés à temps partiel par sexe et évolution de cet indicateur dans le temps. Proportion d'actifs employés en CDD par sexe et évolution de cet indicateur dans le temps.		
Conciliation vie personnelle et vie professionnelle. 23,6 % des femmes en ZUS déclarent le fait de devoir s'occuper d'un proche comme raison de ce temps partiel contre 5 % des hommes.	8. Accélérer le soutien à la création de modes d'accueils collectifs et notamment innovant pour les 0-3 ans.	Faciliter l'accès à la restauration scolaire : en rendant automatique l'inscription des enfants.	Répartition temps partiel et temps complet selon le sexe et le nombre d'enfants.	COG CNAF Schémas départementaux des services aux familles.	

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 21 juillet 2015 prorogeant le mandat des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale

NOR : *AFSS1530496A*

Le ministre des finances et des comptes publics, la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes 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,

Arrêtent :

Article 1er

Le mandat de la présidente et des membres du comité d'histoire de la sécurité sociale nommés par l'arrêté du 25 juillet 2011 susvisé pour une durée de quatre ans est prorogé jusqu'au 30 avril 2016.

Article 2

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, de la santé et des droits des femmes.

Fait le 21 juillet 2015.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

Pour le ministre de l'agriculture,
de l'agroalimentaire et de la forêt,
porte-parole du Gouvernement
et par délégation :
Le directeur des affaires financières,
sociales et logistiques,
C. Ligeard

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 23 juillet 2015 portant ouverture des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016 (56e promotion)

NOR : *AFSS1530502A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article R. 123-28 ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2013 relatif à l'organisation des concours, aux modalités d'inscription, à la nature et l'organisation des épreuves, au contenu des programmes, à la composition et à l'organisation des jurys et aux règles de discipline des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en date du 23 juin 2015,

Arrête :

Article 1er

Deux concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale sont ouverts en 2016 aux candidats remplissant les conditions définies à l'article R. 123-28 du code de la sécurité sociale.

Le nombre de places offertes à ces concours d'entrée est fixé à 56, soit 28 places pour le concours interne et 28 places pour le concours externe.

Article 2

Les inscriptions auront lieu du mercredi 13 janvier au jeudi 31 mars 2016.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu du lundi 27 au mercredi 29 juin 2016 dans les centres suivants : Bordeaux, Fort-de-France, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Paris, Rennes, Saint-Denis de La Réunion, Strasbourg et Toulouse.

Les épreuves orales d'admission auront lieu du lundi 19 septembre au vendredi 14 octobre 2016.

Article 3

La demande d'admission à concourir, établie obligatoirement sur le formulaire « dossier d'inscription » délivré par l'École nationale supérieure de sécurité sociale, ou téléchargeable sur le site Internet de l'école, devra être adressée par pli recommandé avec accusé de réception (le cachet de la poste faisant foi), ou déposée au service concours de l'École nationale supérieure de sécurité sociale, 27, rue des Docteurs-Charcot, 42031 Saint-Étienne Cedex 2, au plus tard le 31 mars 2016 avant 16 heures.

Article 4

Chaque candidat devra fournir à l'École nationale supérieure de sécurité sociale, à l'appui de sa demande d'inscription, les pièces prévues à l'article 2 de l'arrêté du 31 juillet 2013 susvisé.

En l'absence de transmission de ces documents à la date de clôture des inscriptions, le candidat ne peut se présenter aux épreuves d'admissibilité.

Article 5

Les candidats admissibles fournissent à l'école, dans un délai de quinze jours à compter de la notification de leur admissibilité, un extrait du casier judiciaire (n° 3) datant de moins de trois mois justifiant de l'absence de condamnation incompatible avec l'exercice des fonctions.

Article 6

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

Fait le 23 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Arrêté du 23 juillet 2015 fixant le nombre de places proposées au titre du cycle de formation « Cap Dirigeants » (CapDIR) de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en 2016

NOR : *AFSS1530503A*

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article R. 123-9 ;

Vu l'arrêté du 31 juillet 2013 modifié fixant les conditions de formation des personnels régis par les conventions collectives nationales des organismes de sécurité sociale en application du 2° de l'article R. 123-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'École nationale supérieure de sécurité sociale en date du 23 juin 2015,

Arrête :

Article 1er

Le nombre de places offertes au cycle « CapDirigeants » (CapDIR) ouvert en 2016 est fixé à 28.

Article 2

Les modalités pratiques d'inscription des candidats et d'organisation des épreuves de sélection seront précisées par le directeur de l'École nationale supérieure de sécurité sociale.

Article 3

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

Fait le 23 juillet 2015.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

Circulaire DSS/DGOS/CNAMTS n° 2015-192 du 9 juin 2015 relative à la priorité de gestion du risque pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) de médicaments et LPP

NOR : *AFSS1513770C*

Validée par le CNP, le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-86.

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 circulaire porte sur la régulation des dépenses de médicaments et produits et prestations remboursables résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, et plus particulièrement sur les conditions de mise en œuvre de la contractualisation des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins pour les PHEV (CAQOS) en 2015.

Mots clés : gestion du risque – contrat pour l'amélioration de la qualité et l'organisation des soins (CAQOS) – médicaments – prescription – génériques – établissement de santé – LPP – RPPS.

Références :

Articles L. 162-30-2, R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville ;

Arrêté du 14 décembre 2012 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 20 décembre 2013 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité social.

Annexes :

Annexe 1. – Contrat type PHEV.

Annexe 1 *bis*. – Avenant au contrat type.

Annexe 2. – Cibles régionales.

Annexe 3. – Guide méthodologique.

Annexe 4. – Calendrier de transmission des données PHEV pour l'année 2015.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, le ministre des finances et des comptes publics et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la coordination et de la gestion du risque (pour mise en œuvre).

Préambule

Le dispositif des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) sur les prescriptions hospitalières de médicaments et LPP exécutées en ville (PHEV) est mis en place pour la 5e année. Ce dispositif fait partie des 4 priorités nationales de gestion du risque intégrées dans le plan triennal 2015-2017 menées conjointement entre les ARS et l'assurance maladie et déclinées avec les mêmes objectifs dans les CPOM État-ARS et les CPG.

Les mesures d'économies du plan pour 2015 visent prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins, notamment par la maîtrise de la progression des dépenses et volumes des produits de santé. Les enjeux de l'action gestion du risque en matière de « médicaments » portent sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion de la prescription de médicaments génériques et l'optimisation du rapport efficacité-prix.

Pour 2015, la déclinaison des objectifs relatifs aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) s'appuie sur les actions prioritaires suivantes :

– l'évolution de la contractualisation tant en termes de fixation des objectifs que de suivi ;
– le changement de périmètre fixant le taux d'évolution des dépenses, avec l'exclusion de certains médicaments ;
– la prise en compte d'un nouveau critère de ciblage permettant d'encourager le recours aux médicaments génériques dans les classes où c'est possible ;
– l'incitation à la prescription de médicaments biosimilaires dans les classes où c'est possible. Les médicaments génériques et les biosimilaires représentent en effet des alternatives thérapeutiques équivalentes aux médicaments de spécialité et moins coûteuses ;
– le développement d'objectifs qualitatifs, avec notamment la prescription en DCI et le recours aux logiciels d'aide à la prescription ;
– la généralisation de l'identification du prescripteur par le numéro RPPS.

Cette instruction a pour objectif de définir les modalités de la contractualisation et l'accompagnement pour l'année 2015.

I. – DES ÉLÉMENTS DE BILAN POUR L'ANNÉE 2014

1. Sur le plan quantitatif

Pour l'année 2014, un premier bilan non exhaustif (hors Île-de-France, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes, Guyane, Martinique, La Réunion) montre que :

52 établissements ont été ciblés ;

32 contrats ont été signés (soit 62 % par rapport aux établissements ciblés) ;

314 visites en établissements dans le cadre des contrats (CAQOS médicaments) ont été réalisées par les représentants de l'assurance maladie, sans compter les visites auprès des prescripteurs dans le cadre des actions d'accompagnement relatives à la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville portant également sur d'autres thèmes (transports, IJ, anti-TNF...).

2. Sur le plan qualitatif

La prise en compte de la rétrocession dans le périmètre des contrats a quelque peu bouleversé les données des profils et les résultats de la contractualisation. Le taux national est un taux global d'évolution (médicament y compris la rétrocession et LPP). En effet, des établissements dont le taux d'évolution des dépenses de médicaments inscrits sur la liste « ville » est en dessous du seuil national peuvent voir leur taux passer au-dessus de la barre des établissements éligibles à un

contrat avec les données de la rétrocession. Le constat a été fait dans au moins 5 régions. Une région a, de plus, signalé qu'il pouvait y avoir des erreurs dans l'affectation des prescriptions de rétrocession aux professionnels.

L'augmentation des dépenses de médicaments liées à l'hépatite C a eu un impact financier dans les résultats de l'année 2014.

Le manque de visibilité sur l'utilisation possible du RPPS n'a pas été un élément favorisant les contrats (au moins 5 régions), même si le taux d'officines équipés du logiciel Sésame Vitale version 1.4 Ad 4 (nécessaire pour saisir la double identification des professionnels et des établissements) a atteint un taux de plus de 99 % en fin d'année 2014.

3. **L'objectif d'économie de 2014**

Pour rappel, le taux 2013 a été arrêté à 5 % avec un périmètre identique à celui de 2012.

Les montants financiers (intéressement compris) évoluent de + 5,1 % sur l'année 2013 vs 2012 (soit + 0,1 % par rapport au taux national et – 2,3 % par rapport au taux prévisionnel).

Le taux 2014 a été arrêté à 5 % avec un périmètre identique à celui de 2013. Le bilan financier sera finalisé au 1er semestre 2015.

II. – LE DISPOSITIF POUR L'ANNÉE 2015

La LFSS pour 2015 a modifié le cadre définissant le dispositif des CAQOS relatifs aux PHEV introduisant un nouveau critère de ciblage d'entrée dans le dispositif de contractualisation, fondé sur le volume de prescription dans le répertoire des groupes génériques. Cette mesure s'inscrit dans le cadre du plan national de promotion des médicaments génériques qui vise à faire progresser de 5 points sur la période 2015-2017 le taux de prescription dans le répertoire sur l'ensemble du champ soins de ville.

Par conséquent, un nouvel objectif de la contractualisation a été introduit par la loi, ce qui porte désormais à 3 le nombre d'objectifs du CAQOS, en fonction des constats de manquements réalisés au sein de l'établissement de santé concerné :

- un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits de prestations prescrites en établissements mais exécutées sur l'enveloppe soins de ville ;
- un objectif de progression du volume de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières.

L'arrêté du 15 décembre 2014 fixe le taux d'évolution national des dépenses de médicaments et de produits et prestations exécutés en ville, tel que prévu à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale à 3,2 % pour l'année 2015.

L'arrêté du 20 mars 2015 fixe le taux prévisionnel minimum de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques à 39 % pour la période allant du 1er avril au 31 décembre 2015.

Au titre de l'année 2015, il convient de retenir :

- le changement de périmètre dans la fixation du taux d'évolution des dépenses avec :
  - l'exclusion des dépenses liées à la rétrocession :

    Une grande partie des médicaments pris en charge à titre dérogatoire pendant les phases ATU et post ATU sont délivrés en rétrocession. Ces médicaments sont inscrits à titre temporaire sur la liste. Il n'est pas approprié d'engager des actions de gestion du risque sur ces médicaments inscrits de façon temporaire sur la liste.

    De plus, il nous a été signalé qu'il pouvait y avoir des erreurs dans l'affectation des prescriptions de rétrocession aux professionnels.

    Dès 2012, il avait été préconisé de « gommer » dans la mesure du possible, cet effet rétrocession lors de l'appréciation des résultats.

    Aussi, à partir de 2015, et afin de refléter aussi justement que possible la réalité des dépenses sur lesquelles l'action GDR PHEV peut être menée, le périmètre de fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses exclut les dépenses de rétrocession ;
  - l'exclusion des dépenses de ville liées au traitement de l'hépatite C :

    De même, les nouveaux traitements de l'hépatite C font fortement évoluer les dépenses tout en étant prescrits par un très petit nombre d'établissements. Ces médicaments font l'objet d'un mécanisme de régulation propre (art. 3 de la LFSS 2015).

Aussi, à partir de 2015, le périmètre de fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses de l'action GDR PHEV exclut les dépenses de ville liées au traitement de l'hépatite C ;

– la prise en compte de l'honoraire de dispensation par boîte :

Compte tenu de la réforme de la rémunération des pharmaciens intervenue au 1er janvier 2015, il convient de prendre en compte les dépenses liées à l'honoraire de dispensation par boîte.

L'introduction d'un deuxième critère de ciblage des établissements à faire entrer dans le dispositif CAQOS. Ce dernier est fondé sur le taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques. La période de référence pour 2015 s'applique du 1er avril au 31 décembre :

– l'alignement sur le calcul des cibles :

À partir de 2015, le calcul des cibles régionales CPOM et CPG est aligné. En effet, la CNAMTS a acté la déclinaison des cibles et de l'indicateur CPG identique à celui des CPOM des ARS (*cf.* annexe 2 – cibles régionales 2015).

Les actions GDR PHEV portent prioritairement sur :

– la progression du taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
– la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
– le recours aux biosimilaires permettant de diminuer les dépenses relatives à des prescriptions de médicaments de spécialité (EPO, hormones de croissance...) en fonction de la situation de l'établissement ;
– le développement des objectifs qualitatifs dont la bonne identification du prescripteur par le RPPS sur les ordonnances.

À cet effet, la démarche 2015 s'articule autour des 5 axes suivants :

1. Développement des outils de suivi permettant l'évaluation de l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs.
2. Actualisation et enrichissement du ciblage des établissements.
3. Actualisation et enrichissement des outils mis à disposition (dont le profil).
4. Application des sanctions.
5. Organisation des remontées.

III. – POINT SUR LE RÉPERTOIRE PARTAGÉ DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (RPPS) : SUIVI DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (SPHEV)

1. Identification des professionnels de santé : la mise en place du RPPS permet l'identification individuelle des médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et en particulier ceux exerçant comme salariés dans les établissements de santé ou dans les centres de santé.

2. Montée en charge des officines : plus de 99 % sont équipées des logiciels capables d'utiliser les numéros FINESS et RPPS (décembre 2014). Dans la nouvelle convention pharmacien signée en avril 2012, un point rappelle cette obligation.

3. Le formulaire comportant la double identification du prescripteur a été homologué en juillet 2014 par le ministère.

(i) L'établissement prescripteur selon son statut juridique utilise comme identifiant soit son n° géographique (établissement ex OQN) ou son n° juridique (établissement ex DG à l'exception de l'APHP), sans que l'un ou l'autre soit imposé.

4. Montée en charge de la double identification sur les ordonnances produites par des établissements : ce point doit être vérifié par les ARS et peut faire l'objet d'un objectif qualitatif (*cf.* point 2).

Aujourd'hui, l'assurance maladie constate un volume d'ordonnances avec la double identification des prescripteurs hospitaliers encore trop faible. Il faut donc continuer à inciter les établissements à réaliser systématiquement la double identification du prescripteur sur leurs ordonnances.

En parallèle, l'assurance maladie mène une action à destination des pharmaciens d'officine et des éditeurs de logiciels afin de lever tous les obstacles au renseignement du RPPS par les pharmacies lorsque cette information leur est communiquée.

Les données qui remonteront par le biais du RPPS permettront d'affiner la restitution d'informations aux établissements de santé et de se doter d'outils plus pertinents de pilotage.

IV. – ACTUALISATION DE LA DÉMARCHE DE CONTRACTUALISATION

1. **Les établissements à cibler en 2015**

Les établissements à cibler correspondent aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (*cf.* chapitre III sur les actions spécifiques auprès des prescripteurs libéraux).

Conformément aux nouvelles dispositions de la LFSS pour 2015, les établissements sont désormais ciblés en fonction de :

– leur taux d'évolution des dépenses PHEV par rapport au taux d'évolution arrêté au niveau national (+ 3,2 % en 2015) ;
– leur taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques. Ce taux a été fixé à 39 % pour la période allant du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015.

Les établissements déjà signataires (2013 ou 2014) d'un CAQOS (3 ans) se verront proposer un avenant pour intégrer les objectifs qualitatifs. La conclusion d'un avenant annuel est proposée et approuvée dans les mêmes formes que le contrat.

Les établissements pour lesquels les contrats arrivent à échéance pourront signer un nouveau contrat de 3 ans, dans lequel seront intégrés des objectifs qualitatifs. Pour chacun des objectifs inscrits dans le nouveau contrat, il est demandé de fixer des taux intermédiaires et cibles.

2. **Actualisation du contrat type (*cf.* annexe 1)**

Compte tenu du changement de périmètre pour la fixation du taux d'évolution national des dépenses et de l'intégration d'un objectif de progression du taux de prescriptions des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, le contrat type et l'avenant type font l'objet de modifications concernant :

– les modalités de calcul des taux intermédiaires et cibles relatifs aux objectifs ;
– le périmètre des dépenses prises en compte dans l'évaluation de l'atteinte des objectifs ;
– les indicateurs et modalités de suivi.

Ce contrat type peut être annexé au CPOM.

Concernant l'opposabilité du contrat

Le contrat type et l'avenant type font l'objet d'un arrêté publié après approbation du directeur de l'UNCAM et des ministres concernés.

Les objectifs « qualitatifs » du contrat peuvent porter sur différents thèmes (*cf.* annexes 2 et 3 du contrat type) :

– objectifs portant sur certaines classes ;
– prescriptions en DCI ;
– prescriptions dans le répertoire des groupes génériques ;
– prescriptions de médicaments biologiques similaires (dès lors que c'est possible) ;
– double identification du prescripteur salarié de l'établissement sur les ordonnances.

Pour 2015, il est nécessaire de les développer et de les adapter à chaque établissement. Une attention particulière doit être portée aux points 2, 3 et 4. Il est aussi prévu de les prendre en compte lors du bilan du contrat (*cf.* point 6.3 ci-après).

3. **Les activités concernées**

L'article L. 162-30-2 CSS et son décret d'application prévoit que le dispositif est applicable aux « établissements de santé », sans autre distinction.

L'instruction de 2011 a limité, dans un premier temps, les contrats aux établissements MCO.

En effet, le périmètre des PHEV des établissements de psychiatrie et de SSR est plus délicat à cerner. Toutefois, les activités de SSR et de psychiatrie regroupées avec des établissements MCO sont présentes dans le suivi PHEV, car les données figurent sous le même numéro FINESS juridique.

Au niveau national, il est donc préconisé de continuer sur le champ des activités de MCO. Les régions peuvent, cependant, élargir la contractualisation aux autres activités selon leurs propres possibilités.

Par ailleurs, il est important de rappeler que les fusions et restructurations ne sont pas prévisibles et rendent ainsi incomplètes ou instables les données fournies par l'assurance maladie.

4. **Transmission des données nécessaires à la contractualisation en 2015**

Les données du ciblage définitif sur l'entièreté de l'année 2014 ont été mises à disposition début avril 2015. Ces données de ciblage ont été complétées, mi avril, par de nouvelles données sur l'année entière afin de préparer le changement de périmètre (hors rétrocession et hors hépatite C) mis en application à compter de 2015. Les données de pré ciblage sont donc susceptibles d'être modifiées.

Les données de pré ciblage des établissements pour l'année 2016 seront transmises fin 2015.

Délai de mise à disposition des données CNAMTS

L'envoi des données permettant le suivi des dépenses sera réalisé à échéance trimestrielle.

Il est important de signaler aux établissements de santé que les données sont produites dans les délais les plus brefs possibles. Le décalage de trois mois correspond à la disponibilité des données, auquel il faut ajouter le temps de traitement statistique et d'alimentation des profils. Ce délai au plus juste pose, par contre, le problème des factures liquidées dans un temps plus long.

5. **Utilisation des données**

Plusieurs étapes permettent d'obtenir des données individualisées par établissement :

- préparation, avec l'assurance maladie, des contacts pour la contractualisation avec les établissements de santé, dès la réception des données de pré ciblage ;
- utilisation des données de mars 2015 pour le ciblage par les ARS et l'assurance maladie, et la finalisation des contrats. Communication de ces éléments aux établissements de santé lors des rencontres ARS/CPAM/ELSM de présentation du contrat ;
- des requêtes régionales peuvent être réalisées pour compléter l'analyse (file active, CIP, nom produits...) préalable au contrat.

Les fusions et restructurations d'établissements modifient le sens des données transmises :

Il existe par exemple chaque année une vingtaine de cas pour lesquels les FINESS géographiques changent de FINESS juridiques après fermeture d'un site. Tous les cas de figure liés aux restructurations ne sont pas prévisibles et il n'est donc pas possible de modéliser toutes les conséquences. Il a été jugé préférable de fournir les données disponibles telles qu'elles sont actuellement produites en prenant en comptes 2 éléments :

- préparer la contractualisation avec discernement et ne pas contractualiser avec des établissements qui vont fusionner ou qui ont fusionné ;
- le fichier qui sert pour le regroupement des FINESS (correspondance géographique juridique) est mis à disposition pour permettre une meilleure compréhension des profils.

Des difficultés supplémentaires surviennent lors de la création de GCS, ou pour des ESPIC multi sites avec une entité juridique centrale. Dans ces deux cas, les données fournies par l'assurance maladie sont incomplètes ou instables et il importe d'éviter la contractualisation dans de telles circonstances.

6. **Les versements**

6.1. *Sanctions en cas de refus de contractualiser*

Lorsque l'établissement sollicité pour conclure un CAQOS refuse de le signer, l'ARS peut enjoindre l'établissement de verser à la CPAM concernée une fraction des dépenses de PHEV occasionnées pendant l'année écoulée par les prescriptions des médecins qui y exercent et remboursées sur l'enveloppe soins de ville, qui ne peut excéder 10 %.

De la même manière, en cas de refus de signature par l'établissement de santé d'un avenant modifiant les objectifs portés au contrat et notamment la réévaluation des taux cibles, le décret du 21 mars 2011 prévoit explicitement que l'« avenant annuel est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat. L'absence d'approbation de l'avenant expose l'établissement aux mêmes pénalités que l'absence de conclusion du contrat ».

L'application de la sanction en cas de refus de contractualisation est une mesure qui doit être appréciée en opportunité, par chaque DGARS en lien avec l'organisme local d'assurance maladie et pour chaque établissement, en fonction notamment du constat d'une absence d'investissement de l'établissement de santé à modifier ses pratiques ou d'explications peu concluantes lors de la procédure contradictoire.

Il est à noter que l'application de la sanction nécessite au préalable un respect strict de la procédure contradictoire et des délais pour éviter tout risque de contentieux.

6.2. *Reversement : versement de l'établissement en cas de non atteinte des objectifs du contrat*

Cette pénalité financière est applicable depuis 2013 à partir de la 2e année de signature des contrats afin de laisser une année d'accompagnement pédagogique.

Ainsi, lorsque l'établissement a présenté ses observations et donné des éléments d'explication sur sa situation, l'agence régionale de santé, au regard des arguments et des données de l'établissement, peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

6.3. *Intéressement : versement de l'assurance maladie en cas d'atteinte des objectifs*

S'il est constaté que des économies sont réalisées par rapport aux objectifs fixés au contrat, l'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées, dans la limite de 30 %.

Lors du chiffrage du reversement ou de l'intéressement, doivent être pris en compte :

- les caractéristiques de la patientèle de l'établissement ;
- le contexte local d'organisation des soins (ouverture/fermeture de services ; zone rurale/montagnarde/sous-dense...) ;
- l'avis de l'établissement au titre des échanges contradictoires ;
- l'atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs. Le versement de l'intéressement est conditionné à la complète atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs.

Ainsi, il peut être choisi de lier l'intéressement ou le reversement au nombre de séjours et/ou de journées de l'établissement, pour apprécier son activité.

En tout état de cause, un établissement qui par la fermeture de services a une baisse conséquente et mécanique des dépenses induites par ses prescriptions doit voir l'intéressement qui pourrait lui être notifié, pondéré par l'effet de ces fermetures. Il en est de même s'il est constaté un transfert des prescriptions hospitalières vers le secteur libéral. À ce titre, les informations sur l'évolution des prescriptions de ville dans le département (ou la région pour un CHU) d'implantation de l'établissement devront être analysées (*cf.* point IV.4).

L'intéressement ou le reversement sont à l'appréciation conjointe de l'ARS et de l'organisme local d'assurance maladie et sont conformes aux modalités et conditions décrites dans l'annexe 3 du contrat type.

7. **La période de référence pour le calcul des versements**

La période de référence est définie comme la période allant de la date de signature du contrat en année *N* à la date anniversaire de signature du contrat en année *N* + 1.

Il convient de rappeler que les taux d'évolution nationaux portant sur les dépenses de médicaments et LPP et sur le taux prévisionnel de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques sont publiés en fin d'année pour porter sur l'année civile suivante.

Les données permettant le ciblage des établissements sont transmises avant le 1er avril et conduisent à une contractualisation à partir de mi-avril, sans compter la période contradictoire d'un mois (art. R. 162-43-2 du code de la sécurité sociale).

7.1. *Calculs sur la première année du contrat*

Ainsi, la période de référence pour le calcul de l'intéressement se fait à partir de la date d'entrée en vigueur du contrat jusqu'à la date anniversaire du contrat en année *N* + 1. Ce principe ne s'applique pas actuellement pour les reversements car, il n'y en a pas la 1re année du contrat.

7.2. *Calculs sur les 2e et 3e années du contrat*

Pour les deux années suivantes du contrat, la période de référence sera conforme à la définition indiquée précédemment, s'il n'y a pas signature d'un avenant. Dans le cas contraire, la période de référence débutera à compter de la date de signature de l'avenant.

Pour mettre en adéquation les périodes, il est conseillé de rapprocher au plus la date de mise en œuvre de l'avenant avec celles de la mise à disposition des données.

8. **Exécution des paiements**

Des instructions spécifiques ont été transmises aux agences régionales et aux caisses.

Depuis l'année 2013, seuls l'intéressement et la pénalité en cas de refus de contractualisation peuvent faire l'objet de procédures comptables.

8.1. *Pour les intéressements*

Le système d'information des caisses permet d'implémenter le code prestation créé (CAP) et les numéros de comptes nécessaires à sa mise en œuvre. L'intéressement est liquidé manuellement par les caisses à réception de la notification ARS mentionnant le montant à régler. Les caisses procéderont au paiement des établissements de santé à partir de l'enveloppe soins de ville.

8.2. *Pour les pénalités*

Elles font l'objet d'un traitement manuel par les caisses.

9. **Suivi du dispositif**

Une enquête questionnaire est adressée deux fois par an par l'assurance maladie afin de récupérer l'ensemble des éléments suscités.

V. – ACCOMPAGNEMENT DES STRUCTURES

1. **Présentation de la démarche**

La procédure de présentation de la démarche de contractualisation (comme pour les transports et la liste en sus) aux établissements est réalisée par l'ARS conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie. Elle pourra être réalisée au 1er semestre 2015, notamment pour les nouveaux établissements, selon les mêmes modalités que celles préconisées dans l'instruction du 8 avril 2011.

2. **Le ciblage des établissements**

Pour 2015, le ciblage des établissements se fait à partir :

1. Du taux global de dépenses de PHEV (hors rétrocession et médicaments liées à l'hépatite C mais honoraire de dispensation par boîte inclus), incluant les médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (hormis les médicaments de l'hépatite C figurant sur la liste publiée par la HAS en application de l'article L. 138-19-1 du même code) et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

2. Du taux de prescription de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques.

Cette première phase donne la liste des établissements éligibles au contrat. L'accompagnement portera préférentiellement sur les établissements signataires.

3. **Choix des thèmes**

Au vu des priorités données à l'action GDR PHEV, des données sur les classes et les molécules et du contexte des établissements visités, les acteurs peuvent choisir des thèmes d'actions.

Pour faciliter le choix de ces thèmes, des indicateurs sont proposés sur certaines classes (génériques, biosimilaires, AOD, EPO, anti-TNF Alpha...) (*cf.* annexe 3 : le guide méthodologique). Les valeurs de ces nouveaux indicateurs par établissement devront être comparées aux chiffres régionaux. Les nouveaux indicateurs et leurs calculs par établissement seront intégrés dans les profils ultérieurs. L'élaboration d'indicateurs de ciblage se poursuivra en s'aidant des réflexions nationales et des travaux menés en région.

Le guide méthodologique de mise en œuvre des actions d'accompagnement à l'hôpital pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) est actualisé et joint en annexe.

Pour cette année, les thèmes suivants seront développés :

3.1. *Thèmes médicaments 2015*

Anticoagulants oraux directs (AOD) (diaporama, profil, argumentaire, 2e trimestre 2015).

EPO (indicateurs, diaporama, fiche de bon usage, mémo coût, profils 2e semestre 2015).

Génériques (actualisation des mémos, 2e trimestre 2015).

Anti TNF Alpha et biothérapies (diaporama, profils médical et économique, mémo coûts au 4e trimestre 2015).

Médicaments onéreux (Xolair®).

Traitements anti cancéreux, traitements de la DMLA, traitements du VIH (mise à disposition d'outils au 4e trimestre 2015).

3.2. *Thèmes LPP 2015*

Pansements actifs (indicateurs, diaporama, profil et une fiche BUTS).

Nutrition orale (indicateurs, diaporama, fiche BUTS et mémo).

Modèles d'ordonnance (modèle d'ordonnance).

Ces actions doivent veiller à s'inscrire en bonne complémentarité et synergie avec les recommandations du programmes PHARE – projet Armen – conduits par la DGOS en vue de l'optimisation des pratiques d'achats notamment au profit des médicaments génériques et produits bio similaires.

4. **Les profils**

Afin de prendre en compte les demandes de données supplémentaires pour orienter les objectifs du contrat et d'affiner les actions à porter dans l'établissement, les profils de l'année 2015 incluront :

- des données relatives aux prescriptions par classe thérapeutique ;
- des données sur l'honoraire de dispensation par boîte ;
- des données concernant les AOD (anticoagulants oraux directs) ;
- des données concernant le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques ;
- les données relatives aux prescriptions des praticiens libéraux dans le ressort du département de l'établissement visé. Les CLCC et les CHU pour lesquels le périmètre sera élargi à la région. Ce dernier indicateur permettra, notamment, de suivre le mouvement des dépenses (*cf.* point III 6.3).

Ces profils seront partagés par l'Assurance Maladie (DCGDR) avec les ARS.

VI. – ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS EXERÇANT EN ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS LUCRATIFS

Le champ d'intervention des CAQOS est élargi aux établissements privés depuis la LFSS 2011.

Les modalités de financement des établissements ex-DG et ex-OQN sont différentes, notamment, au niveau de la rémunération des praticiens.

Néanmoins, les données repérées dans les établissements privés sont toujours incomplètes et peu stables. Les systèmes d'informations de l'assurance maladie ne permettent pas encore de différencier les prescriptions libérales des prescriptions réalisées en établissements.

Pour ces raisons, il est préconisé, pour 2015, de ne pas contractualiser avec les établissements privés dans le domaine des PHEV.

Les mesures actuelles d'accompagnement et de contrôle des praticiens libéraux permettent, déjà, de réguler ces dépenses. Il est donc prévu de continuer pour cette année, au niveau de l'assurance maladie, l'accompagnement individuel des professionnels libéraux en ville.

Cet accompagnement ciblera également les professionnels libéraux exerçant en établissement privé et, en fonction des données, ceux exerçant dans un même établissement.

Des accords de méthode peuvent, toutefois, être proposés aux établissements privés lucratifs.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
T. Fatome

Le directeur général de l'offre de soins,
J. Debeaupuis

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie,
N. Revel

Le secrétaire général,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE

Entre les soussignés :

L'agence régionale de santé (ARS) :

..... *(nom de l'organisme),*

.....

..... *(adresse)*

représentée par .....

La caisse d'assurance maladie mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale :

..... *(nom de l'organisme),*

.....

..... *(adresse)*

représentée par .....

Et

L'établissement de santé :

..... *(nom de l'établissement de santé)*

.....

..... *(adresse)*

représenté par .....

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique ;

Vu l'article L. 162-30-2 (modifié par la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014) ;

Vu les articles R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville ;

Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé ;

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet du contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagements relatifs à la régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans l'établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

Les objectifs fixés par le présent contrat concernent dans tous les cas :

- la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (hors rétrocession et hors hépatite C) et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste ;
- la progression du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- la qualité et l'amélioration des pratiques hospitalières.

Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

Le périmètre de fixation du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations exclut :

- la rétrocession ;
- les dépenses liées aux médicaments de l'hépatite C ;
- l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

L'honoraire de dispensation par boîte est pris en compte dans le calcul des dépenses de médicaments au titre de l'année 2015.

Tous les médecins sont tenus, dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Dans cette optique, les objectifs relatifs au taux d'évolution des dépenses susmentionnées et/ou au taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques qui sont portés au contrat donnent lieu à la fixation dans l'établissement, respectivement, d'un taux cible d'évolution de ces mêmes dépenses ou d'un taux cible de prescription dans le répertoire. Ces objectifs sont fixés pour chacune des trois années du contrat par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie et l'établissement de santé, en tenant compte du niveau initial d'évolution de ces dépenses de prescriptions hospitalières remboursées en ville et/ou du niveau initial du taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques, des caractéristiques sanitaires de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Article 2

Durée du contrat

Le contrat signé entre vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.

Il est conclu pour une durée de 3 ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La période de référence du contrat correspond à la période allant de la date de signature du contrat en année *n* à la date anniversaire de signature du contrat en année *N* + 1.

Article 3

Engagements de l'établissement

L'établissement contractant s'engage à :

- relayer auprès des médecins prescripteurs exerçant au sein de l'établissement et des services concernés par les prescriptions de médicament et LPP, les actions de sensibilisation et d'information mises en œuvre par l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, afin de respecter le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations et/ou le taux prévisionnel de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés au présent contrat ;
- prescrire en dénomination commune internationale ;
- faire progresser le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des génériques permettant de rapprocher le taux de prescription de son établissement du taux prévisionnel de prescription fixé chaque année par arrêté des ministres ;
- promouvoir la prescription des médicaments biosimilaires dès lors que c'est possible, en fonction de la situation de l'établissement ;
- faire mentionner systématiquement par les médecins prescripteurs leur numéro du répertoire partagé des professionnels de santé sur le formulaire de prescription ;
- utiliser un numéro FINESS actualisé sur le formulaire de prescription pour un suivi de meilleure qualité ;
- prendre toute mesure d'organisation interne visant à améliorer et à rendre plus efficientes les pratiques de prescription des médicaments et LPP.

Une fiche synthétique permettant de définir les objectifs de progrès est jointe en annexe au présent contrat (annexe 1). Cette annexe est complétée par les signataires en tenant compte de l'évolution passée des prescriptions de l'établissement, de son activité, de sa patientèle et des conditions locales de l'organisation des soins.

Les prescriptions de médicaments et LPP y compris celles réalisées dans le répertoire des génériques, prises en compte pour l'élaboration et le suivi des indicateurs définis dans le présent contrat, sont celles qui sont réalisées par les médecins exerçant leur activité au sein de l'établissement et prises en charge par l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

L'évaluation de l'atteinte des engagements de l'établissement est prise en compte dans la détermination du montant du reversement ou de l'intéressement de l'établissement selon les cas.

Article 4

Engagements de l'agence régionale de santé et de l'organisme local d'assurance maladie

4.1. Mise à disposition des données nécessaires au suivi du taux d'évolution des dépenses

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à fournir régulièrement à l'établissement de santé les données nécessaires au suivi de l'application du présent contrat, au minimum 2 fois par an.

Chaque année, avant le 1er avril, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie établit un bilan des prescriptions de médicaments et de produits inscrits sur la LPP de l'établissement ayant occasionné des remboursements en ville l'année précédente et le transmet à l'établissement.

4.2. Suivi et accompagnement de l'établissement de santé

L'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie s'engage à:

- informer l'établissement de santé sur ses engagements et le fonctionnement du contrat;
- mettre en œuvre des actions de sensibilisation;
- mettre en place des réunions d'information avec les praticiens hospitaliers, les responsables de pôles et diffuser des référentiels de bonnes pratiques;
- favoriser la mise en œuvre d'outils d'aide à la prescription et à la dispensation (LAP, LAD...);
- communiquer à l'établissement de santé ses données et son profil d'activité en matière de prescription de médicament et produits inscrits à la LPP ainsi qu'en matière de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques;
- proposer une grille d'indicateurs de suivi à l'établissement (*cf.* annexe 2);
- mettre à sa disposition un interlocuteur privilégié pour l'accompagner dans sa démarche et le suivi de ses objectifs.

L'organisme local d'assurance maladie s'engage à transmettre à l'établissement de santé son profil d'activité en matière de prescriptions de médicaments et de produits et prestations ainsi qu'en matière de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des génériques.

Article 5

Modalités de fixation des objectifs et d'évaluation des objectifs portés au contrat

5.1. Fixation des objectifs des dépenses

La détermination des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP et de progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base:

- du bilan des dépenses de médicament et LPP prescrites au cours de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé;
- du bilan du taux de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques transmis par l'agence régionale de santé;
- des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Conformément à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, les taux annuels cibles portés au contrat visent à rapprocher les taux d'évolution de l'établissement du taux annuel d'évolution des dépenses et du taux prévisionnel de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques fixés par arrêté des ministres.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant le taux cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses ou volume de prescriptions constatés l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituants l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant le taux cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses ou au volume de prescription constituants les objectifs à atteindre de l'année précédente.

5.2. Évaluation

À chaque date anniversaire d'entrée en vigueur du présent contrat, l'agence régionale de santé conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie évalue le niveau d'atteinte des objectifs fixés. L'évaluation s'établit en référence au montant des dépenses ou au volume de prescriptions de l'année civile précédente et à leur évolution annuelle.

Lorsque l'évaluation détermine que l'établissement n'a pas respecté les objectifs fixés par le présent contrat, le directeur général de l'agence régionale de santé lui adresse, par tout moyen, permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification mentionnant la pénalité qu'il encourt. L'établissement dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception pour demander à être entendu ou pour présenter ses observations écrites. À l'issue de cette période contradictoire, le directeur général de l'agence régionale de santé peut sanctionner l'établissement, par le biais de pénalités à verser à l'organisme local d'assurance maladie. Compte tenu des explications de l'établissement, ce dernier peut également décider de ne pas sanctionner l'établissement et en informe celui-ci sans délai.

Article 6

Modalités de mise en œuvre du mécanisme de pénalités ou d'intéressement (cf. *annexe 3)*

En fonction du niveau d'atteinte des objectifs fixés par le présent contrat, l'établissement peut être enjoint, par l'ARS, de reverser à l'organisme local d'assurance maladie une partie du montant des dépenses de médicament et LPP qui lui sont imputables sous forme de pénalités ou bénéficier d'un intéressement par versement de l'organisme local d'assurance maladie d'une partie des économies qu'il aura générées.

Afin d'apprécier l'atteinte des objectifs, les données correspondantes à la fermeture ou l'ouverture d'un service ou toute modification significative dans l'activité de l'établissement de santé devront être prises en compte lors de l'évaluation. Pour les années suivantes, cette modification d'activité devra être signalée par la signature d'un avenant au contrat.

6.1. Détermination des reversements destinés à l'assurance maladie

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'établissement de santé de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant du dépassement « DE » en fonction des écarts constatés par rapport aux objectifs lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est supérieur au taux cible pour l'année considérée ;
- le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est inférieur au taux de prescription cible pour l'année considérée.

Cette fraction (dont les modalités de calcul sont précisées en annexe 3) est déterminée en tenant compte de la nature et de l'importance des manquements de l'établissement à ses engagements figurants au présent contrat.

6.2. Détermination du montant de l'intéressement versé à l'établissement

L'agence régionale de santé peut enjoindre l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une contrepartie financière portant sur le montant des économies réalisées et dans la limite de 30 % de ce montant lorsque :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est inférieur au taux cible pour l'année considérée ;
- le taux de prescription des médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année précédant la date anniversaire du contrat est égal ou supérieur au taux de prescription cible pour l'année considérée ;
- les objectifs qualitatifs sont respectés.

Le versement de l'intéressement (dont les modalités de calcul sont précisées en annexe 3) est conditionné à la complète atteinte des objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés au présent contrat. Afin d'objectiver la détermination de ce montant, il est recommandé d'affecter à chaque objectif un coefficient visant à pondérer le niveau de priorité qui lui est attribué.

Article 7

Modalités de révision

Le contrat peut faire l'objet d'ajustements, par voie d'avenant annuel, en fonction des résultats des évaluations annuelles, des taux mentionnés à l'article R. 162-43 du code de la sécurité sociale ou en cas de modification substantielle du périmètre d'activité de l'établissement.

Chacune des parties peut demander, en accord avec les autres signataires, une révision du présent accord par voie d'avenant.

L'avenant est proposé et approuvé dans les mêmes formes que le contrat.

Article 8

Résiliation

Chacune des parties peut résilier son engagement à tout moment et notamment en cas de :

– non-respect des engagements de l'accord du fait d'une des parties ;

– modifications substantielles législatives, réglementaires ou modifications des référentiels.

La partie signataire notifie sa décision de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception aux autres signataires de l'accord. Elle prend effet à l'échéance d'un préavis de 2 mois.

En cas de résiliation et de révision de l'accord, toutes les mesures sont prises en temps utile pour que les actions en cours soient menées à leur terme et que les clauses du contrat soient exécutées.

Article 9

Voies de recours

En cas de contestation des versements, les parties peuvent saisir le tribunal administratif dans le ressort duquel l'autorité qui a pris la décision attaquée a légalement son siège, par lettre recommandée dans le délai de 2 mois à compter de la réception de la notification de la décision contestée.

En cas de contestation sur le montant du reversement ou de ses modalités de recouvrement ou sur le montant de l'intéressement, l'établissement peut saisir dans les mêmes délais et forme le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Fait à…….. , le……..

Pour l'agence régionale de santé,

Pour l'organisme local
d'assurance maladie concerné,

Pour l'établissement de santé,

ANNEXE 1

FICHE SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT
(Nom + numéro FINESS juridique validé utilisé sur les prescriptions)

Date de signature du contrat : ..... Date d'effet du contrat : .....

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur l'année civile antérieure à l'année de signature (année 1). Soit :

Montant des dépenses de référence : MTréf en euros

Taux d'évolution de référence observé : Xréf %

Taux de prescription de médicaments dans le répertoire des génériques observé : Xréf %

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement :

1. Année 1 : période du ..... au ..... : X1 %,
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT1 en euros
2. Année 2 : période du ..... au ..... : X2 %
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT2 en euros
3. Année 3 : période du ..... au ..... : X3 %
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT3 en euros

Taux de prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques fixé à l'établissement :

1. Année 1 : période du ..... au ..... : X1 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X1 boîtes
2. Année 2 : période du ..... au ..... : X2 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X2 boîtes
3. Année 3 : période du ..... au ..... : X3 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X3 boîtes

Objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières choisis :

– .....
– .....
– .....

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans la grille de suivi des indicateurs à l'annexe 2.

ANNEXE 2

NOM ET FINESS DE L'ÉTABLISSEMENT

GRILLE D'ANALYSE ET DE SUIVI DES OBJECTIFS			
Objectifs	Indicateurs proposés	Échéances proposées	État d'avancement
Prescription dans le répertoire des groupes génériques	Taux de médicaments prescrits dans le répertoire. Utilisation de la mention « médicament substituable sauf mention contraire » sur l'ordonnance. Information régulière des prescripteurs de la possibilité de prescrire des médicaments inscrits au répertoire des génériques pour la prescription de sortie ou la consultation externe; le prescripteur n'est pas limité dans ce cas aux molécules présentes au sein de l'établissement. Diffusion par la CPAM de message d'incitation pour la prescription dans le répertoire des génériques. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques d'achats de produits de santé (projet ARMEN) visant au développement des génériques .	Indiquer l'année et le trimestre de mise en œuvre.	Planifié En cours Reporté *(préciser pourquoi)* Terminé Supprimé *(préciser pourquoi)*
Prescription de biosimilaires	Taux de prescription de biosimilaires au sein des classes concernées (EPO, G CSF). Informations des prescripteurs afin de remplacer les médicaments onéreux par des médicaments biosimilaires et dont l'efficacité est la même. Recommandation de pratiques relayée par la COMEDIMS.	–	–
Analyse des dépenses de PHEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV prescrits par l'établissement sur la période de référence. Montant des dépenses prescrites et évolution. Montant des dépenses par classes thérapeutiques prescrits par l'établissement et comparé aux établissements de même catégorie et évolution. Définition d'un plan d'actions au sein de l'établissement. Organisation de rencontres entre l'établissement, l'assurance maladie et l'ARS. Constitution d'un groupe de travail dédié au sein de la commission du médicament de l'établissement. Utilisation des LAP, LAD pour les prescriptions de sortie et prescriptions en consultation externe.	–	–
Mise en place du RPPS	Utilisation d'un numéro FINESS validé et mis à jour sur le formulaire de prescription. Mise en œuvre effective de la double identification des prescriptions hospitalières sur l'ordonnance. Suivi de la qualité de saisie du numéro RPPS.	–	–
Sensibilisation des prescripteurs	Diffusion des guides de bonne pratique et/ou recommandations auprès des prescripteurs/services/pôles concernés en fonction des classes thérapeutiques ou molécules ciblées dans l'analyse détaillée. Réunions d'information des prescripteurs conduites à l'initiative de la CME. Diffusion d'un tableau de suivi des dépenses de médicaments prescrits en médecine de ville et par classe thérapeutique. Diffusion d'un tableau de suivi du taux de prescription dans le répertoire par classe thérapeutique.	–	–

Annexe 3

Note méthodologique d'aide à la décision

Modalités de calcul

1. **Mode de calcul des objectifs quantitatifs fixés à l'établissement**

Taux d'évolution des dépenses de médicaments

Pour l'année *N*, le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année *N* – 1 rapporté au montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année *N* – 2.

Pour mémoire, les médicaments en rétrocession (y compris ATU, post-ATU) et les médicaments de l'hépatite C (y compris ceux de la liste « ville ») ne sont pas inclus dans le champ des dépenses. Pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte associé à chaque médicament délivré est inclus dans le champ des dépenses.

Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

Pour l'année *N*, le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques est calculé à partir du nombre de boîtes de médicaments remboursables appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits en PHEV au cours de l'année *N* – 1 rapporté au nombre total de boîtes de médicaments remboursables prescrits en PHEV au cours de l'année *N* – 1.

Les objectifs d'évolution des dépenses fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les objectifs de taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les taux cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. **Détermination du montant du reversement ou de l'intéressement**

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 1 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 2.

Afin de vérifier si les objectifs quantitatifs cibles fixés au contrat sont respectés :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'année 1 est comparé au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année 1 ;
- le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques de l'année 1 est comparé au taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques attendu pour l'année 1.

a) Mécanisme de reversement

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement R peut être fractionné en fonction du ou des écarts constatés par rapport aux objectifs fixés au contrat.

Ainsi, R peut être calculé selon les 3 méthodes suivantes :

1. Si l'écart constaté porte sur l'évolution des dépenses de médicament et LPP, alors :

Soit « DE » le montant du dépassement constaté,

R1 = Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année 1 – Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année 1

2. Si l'écart constaté porte sur le taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques, alors :

On mesure le volume de dépassement « VD » des prescriptions hors du répertoire des groupes génériques de la manière suivante :

Soit « V » le volume total de médicaments remboursables prescrits en PHEV au cours de l'année 1 par l'établissement, « TR » le taux cible de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques et « TC » le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année 1.

Alors VD = V x (TR – TC)

VD correspond au nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaire par rapport à l'objectif fixé.

Pour calculer R2, ce volume excédentaire est multiplié par la valeur « DP » représentative de l'écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques.

Pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015, cette valeur « DP » est fixée par arrêté à 4,35 €.

R2 = VD (volume dépassé hors répertoire) x DP (valeur représentative de l'écart de prix moyen répertoire / hors répertoire)

Exemple chiffré :

Taux cible TR = 40 %

Taux constaté TC = 30 %

Volume total de médicaments prescrits V = 100

Alors VD = 100 x (0,4 – 0,3) = 10

Et R2 = 10 x 4,35 = 43,50 €

3. Si l'écart constaté porte sur les deux objectifs quantitatifs, alors :

Soit X, compris entre 0 et 100 et définit localement,

R3 = (X % * R1) + (X % * R2)

Le montant du reversement R est déterminé en tenant compte des engagements quantitatifs fixés à l'établissement prévus à l'article 3.

R ne peut excéder 10 % des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

b) Mécanisme d'intéressement

Si l'établissement a atteint ses objectifs (taux constatés < ou = taux cibles), le montant de l'intéressement « I » peut être calculé en appliquant un coefficient de pondération, en accord avec l'établissement et en fonction du niveau de priorité attribué à chaque objectif :

Soit Coef1 = la pondération appliquée à l'atteinte de l'objectif portant sur l'évolution des dépenses de médicaments et LPP,

Soit Coef2 = la pondération appliquée à l'atteinte de l'objectif portant sur le taux de prescription de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques ;

Soit Coef3 = la pondération appliquée à l'atteinte des objectifs qualitatifs ;

Soit E le montant total d'économies générées = Montant des dépenses constatées pour l'année 1 – Montant des dépenses cibles pour l'année 1.

Sachant que I ne peut excéder 30 % des économies générées, l'intéressement maximal est calculé de la façon suivante : Imax = E*30 %

Le montant de l'intéressement I étant déterminé en tenant compte du respect des engagements quantitatifs et qualitatifs fixés à l'établissement prévus à l'article 3, il peut alors être égal à :

I = (Coef1 + Coef2 + Coef3) * E * 30 %

Pour les années suivantes, le mode de calcul du montant du reversement ou de l'intéressement est identique.

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 2 s'effectue à la date anniversaire de souscription du contrat en année 3. Le taux d'évolution de dépenses de médicaments et de LPP et le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, constatés pour l'année 2, sont comparés aux cibles fixés pour l'année 2 afin de vérifier le respect des engagements contractuels.

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 3 s'effectue à la date anniversaire de souscription du contrat en année 4. Le taux d'évolution de dépenses de médicaments et de LPP et le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, constatés pour l'année 3, sont comparés aux cibles fixés pour l'année 3 afin de vérifier le respect des engagements contractuels.

Protocole d'analyse des dépenses d'un établissement signataire d'un CAQOS PHEV

Ce document présente les modalités d'analyse des dépenses engagées par les prescripteurs de l'établissement et générant des dépenses pour l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, dans le cadre de la démarche de contractualisation.

Le document servant de base à l'analyse des dépenses est le profil de l'établissement réalisé à partir des données de la CNAMTS. L'établissement a la possibilité de faire état de données complémentaires pour expliquer certaines évolutions.

Les parties signataires au contrat peuvent se référer aux éléments suivants pour établir l'analyse des dépenses relatives aux PHEV :

Pour l'analyse de la politique de prescription de l'établissement :

- existence d'un logiciel d'aide à la prescription paramétré pour les prescriptions externes ;
- modalités de réalisation de la prescription :
  - en DCI ;
  - génériques ou pas ;
  - substituable ou pas ;
  - mention du RPPS ;
- suivi des prescriptions mis en œuvre : intégré dans le système d'informations, audits de pratique, information du prescripteur élaborant la prescription de sortie sur les médicaments délivrés au patient au cours de l'hospitalisation... ;
- formation des prescripteurs y compris des internes ;
- politique d'achat des médicaments mise en place : changement de molécules pour une même utilisation en cours d'année, choix des molécules adapté à la prescription externe.

Pour l'analyse des dépenses de médicaments :

Rappel : les dépenses liées à la rétrocession et à l'hépatite C ne font pas partie des objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation CAQOS ; en revanche pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte est inclus dans le champ des dépenses analysées.

L'objectif est d'analyser si l'évolution des dépenses de pharmacie délivrées en ville est explicable par l'évolution de l'activité de l'établissement pour les spécialités concernées, et si l'établissement dispose d'une marge de manœuvre pour les faire diminuer.

- examiner les classes de produits, les montants et les taux d'évolution, affiner l'analyse par molécule (DCI) ou par produits ;
- rapprocher les résultats de l'établissement avec l'impact de la politique du médicament :
  - baisses de prix de certains produits ;
  - évolution du répertoire des groupes génériques et commercialisation de biosimilaires (entrées et sorties de N et $N - 1$) ;
  - évolution de la liste des produits à prescription hospitalière restreinte ou initiale (entrées et sorties de N et $N - 1$) ;
  - évolution de la liste des médicaments délivrables en officine, ou en double circuit ;
- analyser le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques ;
- identifier l'existence de référentiels de prescription ;
- comparer l'évolution de l'activité de l'établissement dans les spécialités ou disciplines pouvant correspondre aux classes ou molécules analysées.

Afin d'alimenter cette analyse, l'ARS conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie pourra fournir les données suivantes :

- le profil de l'établissement établi par la CNAMTS ;
- la liste des codes CIP des produits composant chacune des classes ;
- des indicateurs de comparaison entre établissements pour les prescriptions de certains produits ;
- l'état de la démographie médicale libérale dans la zone de recrutement de l'établissement.

De son côté, l'établissement pourra apporter toutes les informations qu'il jugera utiles telles que :
– les données d'activité par discipline ou spécialités ;
– les informations relatives aux recrutements récents de praticiens hospitaliers pouvant expliquer certaines évolutions ;
– les informations données aux internes et aux externes quant aux bonnes pratiques de prescription ;
– l'évolution du recrutement des patients ;
– les résultats d'audits internes qui ont pu être effectués sur des prescriptions et permettant de garantir le respect des recommandations de pratique au sein de l'établissement.

Pour l'analyse des dépenses de LPP :

Les éléments permettant l'analyse des dépenses de LPP sont principalement identiques à ceux indiqués précédemment pour l'analyse des dépenses de médicaments.

L'impact des évolutions nationales pourra être établi à partir des évolutions suivantes relatives :
– aux tarifs de remboursement ;
– aux conditions de prescription ;
– aux inscriptions à la LPP.

De même, l'analyse tiendra compte de :
– l'existence de règles de prescription de la LPP ;
– l'existence de règles de facturation et leur respect.

ANNEXE 1 *BIS*

AVENANT AU CONTRAT TYPE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ORGANISATION DES SOINS RELATIF À LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE MÉDICAMENTS ET DE PRODUITS DE LA LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS RÉSULTANT DE PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ET REMBOURSÉES SUR L'ENVELOPPE DES SOINS DE VILLE

Entre les soussignés du contrat signé le :

L'agence régionale de santé (ARS) :

..... *(nom de l'organisme),*

.....

..... *(adresse)*

représentée par .....

La caisse d'assurance maladie mentionnée aux articles L. 174-2 et suivants du code de la sécurité sociale :

..... *(nom de l'organisme),*

.....

..... *(adresse)*

représentée par .....

Et

L'établissement de santé :

..... *(nom de l'établissement de santé)*

.....

..... *(adresse)*

représenté par .....

Vu l'article L. 1435-4 du code de la santé publique,

Vu l'article L. 162-30-2 (modifié par la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014) ;

Vu les articles R. 162-43 et suivants du code de la sécurité sociale, ;

Vu le décret n° 2015-309 du 18 mars 2015 relatif à la régulation des dépenses de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques résultant de prescriptions médicales établies par des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville ;

Vu le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 26 avril 2011 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 12 octobre 2010 fixant le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe soins de ville et prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé ;

Vu l'arrêté du 12 décembre 2011 fixant pour 2012 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2012 fixant pour l'année 2013 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 15 décembre 2014 fixant pour l'année 2015 le taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 le taux prévisionnel de prescription des médicaments mentionné au II de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 20 mars 2015 fixant pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015 la valeur représentative de l'écart entre le prix de vente moyen des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques et le prix de vente moyen des médicaments qui ne sont pas inscrits à ce répertoire, mentionnée à l'article R. 162-43-4 du code de la sécurité sociale,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Objet de l'avenant contrat

Les parties au présent contrat conviennent des dispositions suivantes portant sur les modalités d'engagements relatifs à la régulation des dépenses de médicaments et de certains produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans l'établissement de santé et remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

L'objet de cet avenant est d'actualiser les objectifs fixés à l'établissement, notamment au regard des taux d'évolution fixés nationalement et annuellement par arrêté des ministres.

Les objectifs fixés par le présent contrat concernent dans tous les cas :

- la réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (hors rétrocession et hors hépatite C) et de produits et prestations (LPP) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste ;
- la progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques ;
- la qualité et l'amélioration et la qualité des pratiques hospitalières.

Les prescriptions concernées sont celles occasionnées par les médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé.

Le périmètre de fixation du taux d'évolution des dépenses de médicaments et de produits et prestations exclut :

– la rétrocession ;
– les dépenses liées aux médicaments de l'hépatite C ;
– l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

L'honoraire de dispensation par boîte est pris en compte dans le calcul des dépenses de médicaments au titre de l'année 2015.

Tous les médecins sont tenus, dans leurs actes et prescriptions, d'observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Article 2

Durée de l'avenant au contrat

L'avenant au contrat entre vigueur le premier jour du mois suivant sa signature.

Il est conclu pour une durée de X ans à compter de sa date d'entrée en vigueur.

La période de référence de l'avenant correspond à la période allant de la date de signature de l'avenant en année *N* à la date anniversaire de signature de l'avenant en année *N* + 1.

Article 3

Fixation des taux

La détermination des objectifs de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP et de progression du taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits par les médecins exerçant dans l'établissement de santé et remboursés en ville, pour chacune des trois années couvertes par le contrat est établie sur la base :

– du bilan des dépenses de médicament et LPP prescrites de l'année civile précédente transmis par l'agence régionale de santé ;
– du bilan du taux des prescriptions de médicaments appartenant au répertoire des génériques transmis par l'agence régionale de santé ;
– des caractéristiques de l'établissement en termes d'activité et de l'organisation des soins de son territoire.

Conformément à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, les taux annuels cibles portés au contrat visent à rapprocher les taux d'évolution de l'établissement du taux annuel d'évolution des dépenses et du taux prévisionnel de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques fixés par arrêté des ministres.

Pour la première année du contrat, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituant l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant l'objectif cible fixé au contrat pour l'année considérée au montant des dépenses ou volume de prescription constatés l'année précédente.

Pour les deux années suivantes, le montant des dépenses ou volume de prescriptions constituants l'objectif à atteindre sont calculés en appliquant l'objectif cible fixé au contrat pour les années considérées au montant des dépenses ou au volume de prescription constituants les objectifs à atteindre de l'année précédente.

Fait à…….. , le……..

Pour l'agence régionale de santé,

Pour l'organisme local
d'assurance maladie concerné,

Pour l'établissement de santé,

ANNEXE 1

FICHE SYNTHÉTIQUE DES OBJECTIFS DE L'ÉTABLISSEMENT
(Nom + numéro FINESS juridique validé utilisé sur les prescriptions)

Date de signature du contrat : ..... Date d'effet du contrat : .....

Les dépenses de médicament et LPP ont été évaluées à partir des prescriptions hospitalières constatées pour le régime général et prises en charge sur l'enveloppe des soins de ville des médecins exerçant leur activité dans l'établissement sur l'année civile antérieure à l'année de signature (année 1). Soit :

Montant des dépenses de référence : MTréf en euros

Taux d'évolution de référence observé : Xréf %

Taux de prescription de médicaments dans le répertoire des génériques observé : Xréf %

Taux cibles d'évolution des dépenses de médicament et LPP fixé à l'établissement :

1. Année 1 : période du ..... au ..... : X1 %,
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT1 en euros
2. Année 2 : période du ..... au ..... : X2 %
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT2 en euros
3. Année 3 : période du ..... au ..... : X3 %
   Montant des dépenses correspondant au taux cible : MT3 en euros

Taux de prescriptions de médicaments dans le répertoire des génériques fixé à l'établissement :

1. Année 1 : période du ..... au ..... : X1 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X1 boîtes
2. Année 2 : période du ..... au ..... : X2 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X2 boîtes
3. Année 3 : période du ..... au ..... : X3 %
   Nombre de boîtes correspondant au taux d'évolution cible X3 boîtes

Objectifs d'amélioration des pratiques hospitalières choisis :

– .....
– .....
– .....

Les indicateurs des pratiques hospitalières en matière de prescriptions de médicament et LPP permettant d'évaluer la mise en œuvre des engagements de l'établissement sont mentionnés dans la grille de suivi des indicateurs à l'annexe 2.

ANNEXE 2

NOM ET FINESS DE L'ÉTABLISSEMENT

GRILLE D'ANALYSE ET DE SUIVI DES OBJECTIFS			
Objectifs	Indicateurs proposés	Échéances proposées	État d'avancement
Prescription dans le répertoire des groupes génériques	Taux de médicaments prescrits dans le répertoire. Utilisation de la mention « médicament substituable sauf mention contraire » sur l'ordonnance. Information régulière des prescripteurs de la possibilité de prescrire des médicaments inscrits au répertoire des génériques pour la prescription de sortie ou la consultation externe; le prescripteur n'est pas limité dans ce cas aux molécules présentes au sein de l'établissement. Diffusion par la CPAM de message d'incitation pour la prescription dans le répertoire des génériques. Prise en compte des recommandations de bonnes pratiques d'achats de produits de santé (projet ARMEN) visant au développement des génériques .	Indiquer l'année et le trimestre de mise en œuvre.	Planifié En cours Reporté *(préciser pourquoi)* Terminé Supprimé *(préciser pourquoi)*
Prescription de biosimilaires	Taux de prescription de biosimilaires au sein des classes concernées (EPO, G CSF). Informations des prescripteurs afin de remplacer les médicaments onéreux par des médicaments biosimilaires et dont l'efficacité est la même. Recommandation de pratiques relayée par la COMEDIMS.	–	–
Analyse des dépenses de PHEV	Taux d'évolution des dépenses de PHEV prescrits par l'établissement sur la période de référence. Montant des dépenses prescrites et évolution. Montant des dépenses par classes thérapeutiques prescrits par l'établissement et comparé aux établissements de même catégorie et évolution. Définition d'un plan d'actions au sein de l'établissement. Organisation de rencontres entre l'établissement, l'assurance maladie et l'ARS. Constitution d'un groupe de travail dédié au sein de la commission du médicament de l'établissement. Utilisation des LAP, LAD pour les prescriptions de sortie et prescriptions en consultation externe.	–	–
Mise en place du RPPS	Utilisation d'un numéro FINESS validé et mis à jour sur le formulaire de prescription. Mise en œuvre effective de la double identification des prescriptions hospitalières sur l'ordonnance. Suivi de la qualité de saisie du numéro RPPS.	–	–
Sensibilisation des prescripteurs	Diffusion des guides de bonne pratique et/ou recommandations auprès des prescripteurs/services/pôles concernés en fonction des classes thérapeutiques ou molécules ciblées dans l'analyse détaillée. Réunions d'information des prescripteurs conduites à l'initiative de la CME. Diffusion d'un tableau de suivi des dépenses de médicaments prescrits en médecine de ville et par classe thérapeutique. Diffusion d'un tableau de suivi du taux de prescription dans le répertoire par classe thérapeutique.	–	–

Annexe 3

Note méthodologique d'aide à la décision

Modalités de calcul

1. Mode de calcul des objectifs quantitatifs fixés à l'établissement

Taux d'évolution des dépenses de médicaments

Pour l'année *N*, le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'établissement est calculé à partir du montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année *N* – 1 rapporté au montant des dépenses de médicaments et LPP de l'année *N* – 2.

Pour mémoire, les médicaments en rétrocession (y compris ATU, post-ATU) et les médicaments de l'hépatite C (y compris ceux de la liste « ville ») ne sont pas inclus dans le champ des dépenses. Pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte associé à chaque médicament délivré est inclus dans le champ des dépenses.

Taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques

Pour l'année *N*, le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques est calculé à partir du nombre de boîtes de médicaments remboursables appartenant au répertoire des groupes génériques prescrits en PHEV au cours de l'année *N* – 1 rapporté au nombre total de boîtes de médicaments remboursables prescrits en PHEV au cours de l'année *N* – 1.

Les objectifs d'évolution des dépenses fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel d'évolution national fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les objectifs de taux de prescription dans le répertoire des groupes génériques fixés à l'établissement doivent permettre de rapprocher le taux observé du taux prévisionnel fixé par arrêté ministériel en tenant compte du contexte et de l'environnement de l'établissement.

Les taux cibles fixés pour la période du contrat doivent être atteignables au regard des moyens d'action pouvant être mis en œuvre par l'établissement compte tenu du diagnostic initial.

2. Détermination du montant du reversement ou de l'intéressement

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 1 s'effectue à la date anniversaire de la souscription au contrat en année 2.

Afin de vérifier si les objectifs quantitatifs cibles fixés au contrat sont respectés :

- le taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP de l'année 1 est comparé au taux d'évolution des dépenses de médicament et LPP attendu pour l'année 1 ;
- le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques de l'année 1 est comparé au taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques attendu pour l'année 1.

a) Mécanisme de reversement

Si l'établissement n'a pas atteint son objectif, le montant du reversement R peut être fractionné en fonction du ou des écarts constatés par rapport aux objectifs fixés au contrat.

Ainsi, R peut être calculé selon les 3 méthodes suivantes :

1. Si l'écart constaté porte sur l'évolution des dépenses de médicament et LPP, alors :

Soit « DE » le montant du dépassement constaté,

R1 = Montant des dépenses de médicaments et LPP constatées pour l'année 1 – Montant des dépenses de médicaments et LPP cibles pour l'année 1

2. Si l'écart constaté porte sur le taux de prescription des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques, alors :

On mesure le volume de dépassement « VD » des prescriptions hors du répertoire des groupes génériques de la manière suivante :

Soit « V » le volume total de médicaments remboursables prescrits en PHEV au cours de l'année 1 par l'établissement, « TR » le taux cible de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques et « TC » le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques constaté pour l'année 1.

Alors VD = V x (TR – TC)

VD correspond au nombre de boîtes de médicaments n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques excédentaire par rapport à l'objectif fixé.

Pour calculer R2, ce volume excédentaire est multiplié par la valeur « DP » représentative de l'écart entre le prix de vente moyen d'une boîte appartenant au répertoire des groupes génériques et celui d'une boîte n'appartenant pas au répertoire des groupes génériques.

Pour la période du 1er avril au 31 décembre 2015, cette valeur « DP » est fixée par arrêté à 4,35 €.

R2 = VD (volume dépassé hors répertoire) x DP (valeur représentative de l'écart de prix moyen répertoire / hors répertoire)

Exemple chiffré :

Taux cible TR = 40 %

Taux constaté TC = 30 %

Volume total de médicaments prescrits V = 100

Alors VD = 100 x (0,4 – 0,3) = 10

Et R2 = 10 x 4,35 = 43,50 €

3. Si l'écart constaté porte sur les deux objectifs quantitatifs, alors :

Soit X, compris entre 0 et 100 et définit localement,

R3 = (X % * R1) + (X % * R2)

Le montant du reversement R est déterminé en tenant compte des engagements quantitatifs fixés à l'établissement prévus à l'article 3.

R ne peut excéder 10 % des dépenses de médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 du présent code et de produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, à l'exception des produits figurant au titre III de cette liste.

b) Mécanisme d'intéressement

Si l'établissement a atteint ses objectifs (taux constatés < ou = taux cibles), le montant de l'intéressement « I » peut être calculé en appliquant un coefficient de pondération, en accord avec l'établissement et en fonction du niveau de priorité attribué à chaque objectif :

Soit Coef1 = la pondération appliquée à l'atteinte de l'objectif portant sur l'évolution des dépenses de médicaments et LPP,

Soit Coef2 = la pondération appliquée à l'atteinte de l'objectif portant sur le taux de prescription de médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques ;

Soit Coef3 = la pondération appliquée à l'atteinte des objectifs qualitatifs ;

Soit E le montant total d'économies générées = Montant des dépenses constatées pour l'année 1 – Montant des dépenses cibles pour l'année 1.

Sachant que I ne peut excéder 30 % des économies générées, l'intéressement maximal est calculé de la façon suivante : Imax = E*30 %

Le montant de l'intéressement I étant déterminé en tenant compte du respect des engagements quantitatifs et qualitatifs fixés à l'établissement prévus à l'article 3, il peut alors être égal à :

I = (Coef1 + Coef2 + Coef3) * E * 30 %

Pour les années suivantes, le mode de calcul du montant du reversement ou de l'intéressement est identique.

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 2 s'effectue à la date anniversaire de souscription du contrat en année 3. Le taux d'évolution de dépenses de médicaments et de LPP et le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, constatés pour l'année 2, sont comparés aux cibles fixés pour l'année 2 afin de vérifier le respect des engagements contractuels.

La détermination du montant du reversement ou de l'intéressement au titre de l'année 3 s'effectue à la date anniversaire de souscription du contrat en année 4. Le taux d'évolution de dépenses de médicaments et de LPP et le taux de prescription de médicaments appartenant au répertoire des groupes génériques, constatés pour l'année 3, sont comparés aux cibles fixés pour l'année 3 afin de vérifier le respect des engagements contractuels.

Protocole d'analyse des dépenses d'un établissement signataire d'un CAQOS PHEV

Ce document présente les modalités d'analyse des dépenses engagées par les prescripteurs de l'établissement et générant des dépenses pour l'assurance maladie sur l'enveloppe des soins de ville, dans le cadre de la démarche de contractualisation.

Le document servant de base à l'analyse des dépenses est le profil de l'établissement réalisé à partir des données de la CNAMTS. L'établissement a la possibilité de faire état de données complémentaires pour expliquer certaines évolutions.

Les parties signataires au contrat peuvent se référer aux éléments suivants pour établir l'analyse des dépenses relatives aux PHEV :

Pour l'analyse de la politique de prescription de l'établissement :

- existence d'un logiciel d'aide à la prescription paramétré pour les prescriptions externes ;
- modalités de réalisation de la prescription :
  - en DCI ;
  - génériques ou pas ;
  - substituable ou pas ;
  - mention du RPPS ;
- suivi des prescriptions mis en œuvre : intégré dans le système d'informations, audits de pratique, information du prescripteur élaborant la prescription de sortie sur les médicaments délivrés au patient au cours de l'hospitalisation... ;
- formation des prescripteurs y compris des internes ;
- politique d'achat des médicaments mise en place : changement de molécules pour une même utilisation en cours d'année, choix des molécules adapté à la prescription externe.

Pour l'analyse des dépenses de médicaments :

Rappel : les dépenses liées à la rétrocession et à l'hépatite C ne font pas partie des objectifs fixés dans le cadre de la contractualisation CAQOS ; en revanche pour l'année 2015, l'honoraire de dispensation par boîte est inclus dans le champ des dépenses analysées.

L'objectif est d'analyser si l'évolution des dépenses de pharmacie délivrées en ville est explicable par l'évolution de l'activité de l'établissement pour les spécialités concernées, et si l'établissement dispose d'une marge de manœuvre pour les faire diminuer.

- examiner les classes de produits, les montants et les taux d'évolution, affiner l'analyse par molécule (DCI) ou par produits ;
- rapprocher les résultats de l'établissement avec l'impact de la politique du médicament :
  - baisses de prix de certains produits ;
  - évolution du répertoire des groupes génériques et commercialisation de biosimilaires (entrées et sorties de N et $N - 1$) ;
  - évolution de la liste des produits à prescription hospitalière restreinte ou initiale (entrées et sorties de N et $N - 1$) ;
  - évolution de la liste des médicaments délivrables en officine, ou en double circuit ;
- analyser le taux de prescription de médicaments dans le répertoire des groupes génériques ;
- identifier l'existence de référentiels de prescription ;
- comparer l'évolution de l'activité de l'établissement dans les spécialités ou disciplines pouvant correspondre aux classes ou molécules analysées.

Afin d'alimenter cette analyse, l'ARS conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie pourra fournir les données suivantes :

- le profil de l'établissement établi par la CNAMTS ;
- la liste des codes CIP des produits composant chacune des classes ;
- des indicateurs de comparaison entre établissements pour les prescriptions de certains produits ;
- l'état de la démographie médicale libérale dans la zone de recrutement de l'établissement.

De son côté, l'établissement pourra apporter toutes les informations qu'il jugera utiles telles que :
– les données d'activité par discipline ou spécialités ;
– les informations relatives aux recrutements récents de praticiens hospitaliers pouvant expliquer certaines évolutions ;
– les informations données aux internes et aux externes quant aux bonnes pratiques de prescription ;
– l'évolution du recrutement des patients ;
– les résultats d'audits internes qui ont pu être effectués sur des prescriptions et permettant de garantir le respect des recommandations de pratique au sein de l'établissement.

Pour l'analyse des dépenses de LPP :

Les éléments permettant l'analyse des dépenses de LPP sont principalement identiques à ceux indiqués précédemment pour l'analyse des dépenses de médicaments.

L'impact des évolutions nationales pourra être établi à partir des évolutions suivantes relatives :
– aux tarifs de remboursement ;
– aux conditions de prescription ;
– aux inscriptions à la LPP.

De même, l'analyse tiendra compte de :
– l'existence de règles de prescription de la LPP ;
– l'existence de règles de facturation et leur respect.

ANNEXE 2

CIBLES RÉGIONALES 2015

Prescriptions Hospitalières Médicamenteuses Exécutées en Ville des établissements publics

Les résultats varient en fonction des évolutions choisies pour les 2 extrêmes en niveau par habitant.

Objectif calculé	3,2%
min	*1,7%*
max	*5,1%*

	évolution (Y) en %	montant par assuré (X)	
seuil haut	3,6	63,8	CORSE
seuil bas	2,9	166,8	ILE DE FRANCE

Y=Ax+B	
coef directeur (A)	-0,007
ordonnée à l'origine (B)	4,03

		Population INSEE			Prescriptions PHMEV (LPP + médicaments hors rétrocession et hors hépatite C)		Calcul des objectifs avec Méthode de régression linéaire					
n° région	Région	Population au 1er janvier 2014	Evolution 2013/2014	Evolution 2013/2014 relative par rapport à l'évolution nationale (région-national)	Montants remboursés année 2014	évolution 2013/2014	Niveau montant 2014 / Pop INSEE	Baisse du niveau par hbt (déduite de la régression linéaire)	*Montants 2014 intermédiaires*	Baisse attendue (baisse issue de la régression - évolution relative de la population)	Montants 2015 attendus, honoraire de dispensation par boîte inclus	*évolution attendue 2015 (objectifs CPOM/CPG)*
01	GUADELOUPE *	448 972	0,0%	-0,4%	61 094 138	3,0%	136,1	3,1%	62 993 321	2,7%	62 752 721	*2,7%*
02	MARTINIQUE	381 326	-1,0%	-1,4%	53 750 535	2,9%	141,0	3,1%	55 403 603	1,7%	54 660 306	*1,7%*
03	GUYANE	250 377	2,2%	1,7%	25 397 498	6,9%	101,4	3,3%	26 246 795	5,1%	26 690 470	*5,1%*
04	REUNION	844 994	0,6%	0,2%	77 572 633	5,8%	91,8	3,4%	80 217 467	3,6%	80 386 438	*3,6%*
11	ILE DE FRANCE	12 005 077	0,4%	0,0%	2 002 123 223	3,4%	166,8	2,9%	2 060 184 797	2,9%	2 060 660 124	*2,9%*
21	CHAMPAGNE ARDENNE	1 338 122	0,0%	-0,5%	123 830 334	3,9%	92,5	3,4%	128 046 112	2,9%	127 466 666	*2,9%*
22	PICARDIE	1 927 387	0,1%	-0,3%	170 084 404	7,3%	88,2	3,4%	175 924 529	3,1%	175 415 175	*3,1%*
23	HAUTE NORMANDIE	1 851 909	0,1%	-0,3%	177 139 073	5,2%	95,7	3,4%	183 132 276	3,1%	182 649 148	*3,1%*
24	CENTRE	2 577 474	0,2%	-0,2%	240 944 866	4,4%	93,5	3,4%	249 132 383	3,2%	248 716 080	*3,2%*
25	BASSE NORMANDIE	1 478 211	0,0%	-0,4%	150 291 485	3,4%	101,7	3,3%	155 314 868	2,9%	154 706 981	*2,9%*
26	BOURGOGNE	1 638 492	-0,1%	-0,5%	159 888 433	3,6%	97,6	3,4%	165 277 013	2,9%	164 461 849	*2,9%*
31	NORD PAS DE CALAIS	4 058 332	0,1%	-0,3%	354 412 487	6,9%	87,3	3,4%	366 603 893	3,1%	365 439 199	*3,1%*
41	LORRAINE	2 346 292	-0,1%	-0,5%	247 934 931	15,4%	105,7	3,3%	256 154 582	2,8%	254 907 260	*2,8%*
42	ALSACE	1 868 773	0,2%	-0,2%	230 689 477	4,8%	123,4	3,2%	238 058 756	3,0%	237 618 937	*3,0%*
43	FRANCHE COMTE	1 178 937	0,1%	-0,3%	136 053 248	5,9%	115,4	3,2%	140 473 760	3,0%	140 078 322	*3,0%*
52	PAYS DE LA LOIRE	3 689 465	0,8%	0,3%	350 455 108	5,2%	95,0	3,4%	362 327 985	3,7%	363 545 737	*3,7%*
53	BRETAGNE	3 273 343	0,5%	0,1%	304 286 363	4,4%	93,0	3,4%	314 637 076	3,5%	315 011 274	*3,5%*
54	POITOU CHARENTES	1 796 434	0,3%	-0,1%	122 977 757	4,3%	68,5	3,6%	127 365 789	3,5%	127 250 030	*3,5%*
72	AQUITAINE	3 335 134	0,7%	0,3%	308 369 945	5,7%	92,5	3,4%	318 869 999	3,7%	319 871 690	*3,7%*
73	MIDI PYRENEES	2 967 153	0,7%	0,3%	263 081 816	4,1%	88,7	3,4%	272 107 675	3,7%	272 787 246	*3,7%*
74	LIMOUSIN	735 880	-0,2%	-0,6%	85 663 755	7,5%	116,4	3,2%	88 441 200	2,6%	87 900 110	*2,6%*
82	RHONE ALPES	6 448 921	0,8%	0,4%	721 086 229	4,8%	111,8	3,3%	744 690 919	3,7%	747 699 815	*3,7%*
83	AUVERGNE	1 359 402	0,2%	-0,2%	137 851 881	5,1%	101,4	3,3%	142 461 962	3,1%	142 156 439	*3,1%*
91	LANGUEDOC ROUSSILLON	2 757 558	1,1%	0,6%	292 110 648	9,2%	105,9	3,3%	301 789 671	4,0%	303 654 748	*4,0%*
93	PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	4 964 859	0,3%	-0,1%	562 586 134	5,1%	113,3	3,3%	580 945 042	3,1%	580 296 537	*3,1%*
94	CORSE	323 092	1,0%	0,6%	20 603 618	8,0%	63,8	3,6%	21 345 348	4,2%	21 472 242	*4,2%*
	France ENTIERE	**65 845 916**	**0,4%**	**0,0%**	**7 380 280 019**	**5,3%**	**112,1**	3,3%	**7 618 146 821**	**3,3%**	**7 618 255 546**	*3,2%*
									3,2%		3,2%	

* = La population de la Guadeloupe CGSS correspond à la population municipale de la Guadeloupe, de Saint Barthélemy et Saint Martin.

Précisions relatives au calcul des objectifs régionaux PHMEV - LPP

Année 2015

Source des données
DCIR, liquidations de janvier à décembre 2014

Champ concerné
Tous régimes extrapolés, France entière, Région de rattachement de l'établissement prescripteur

Base des établissements prescripteurs utilisées
BERF avril 2014

Périmètre des montants remboursés
Pour l'année 2015, le calcul du taux national d'évolution des dépenses relatives aux PHMEV change de périmètre.
Ce dernier est désormais calculé **HORS rétrocession et HORS Hépatite C**, ce qui n'était pas encore le cas dans les envois précédents qui incluaient encore la rétrocession et l'hépatite C. L'honoraire de dispensation par boîte est comptabilisé dans les dépenses de médicaments au titre de 2015.

=> Les montants indiqués colonne F correspondent aux montants remboursés sur l'année 2014 au titre des PHMEV sans la rétrocession et sans l'hépatite C.

=> Les classes ATC liées à l'hépatite C et non retenues pour le calcul des objectifs sont les suivantes :
- BOCEPREVIR
- INTERFERON ALFA-2A
- INTERFERON ALFA-2B
- INTERFERON ALFACON-1
- PEGINTERFERON ALFA-2A
- PEGINTERFERON ALFA-2B
- RIBAVIRINE
- TELAPREVIR

Méthode de calcul de l'objectif

ANNEXE 3

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS ET DES PRODUITS ET PRESTATIONS DE LA LPP EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV + PHEV LPP)

Les instructions GDR ARS PHEV des 8 avril 2011, 9 mars 2012, 27 mars 2013 et du 16 mai 2014 adressées par la DGOS et la CNAMTS aux ARS comprenaient en annexe un guide méthodologique relatif aux actions d'accompagnement dans le cadre GDR ARS PHEV. Il était destiné à préparer les actions d'accompagnement que doivent mener les ARS et l'assurance maladie auprès des établissements signataires pour les aider à atteindre les objectifs des contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQS) prévus par le dispositif de régulation des PHEV (art. L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale).

Ce nouveau guide a pour objectif d'apporter des réponses aux questions posées par les ARS et l'assurance maladie lors des campagnes précédentes et de présenter de nouveaux thèmes avec des indicateurs de ciblage.

Il comprend une partie concernant les médicaments (PHMEV) (volet 1), les prescriptions hospitalières des produits et prestations de la LPP exécutées en ville (PHEV LPP) (volet n° 2).

Les actions similaires menées auprès des professionnels libéraux porteront préférentiellement sur ceux exerçant en établissements privés ex-OQN.

RAPPEL

L'organisation et la coordination

L'organisation hospitalière et l'exercice collectif de la pratique médicale à l'hôpital impliquent une organisation spécifique des actions d'accompagnement, notamment dans le cadre du déploiement du plan triennal.

Ce dispositif d'intervention au sein des établissements signataires nécessite une coordination entre les ARS et les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque. De plus, une coordination inter-régimes peut-être nécessaire afin de déterminer leur niveau d'intervention notamment au sein des établissements.

Les interventions au sein des établissements seront réalisées par l'assurance maladie et, le cas échéant, les ARS qui le souhaitent. Des réunions préparatoires seront organisées entre l'ARS et l'assurance maladie pour analyser le profil des établissements en matière de PHEV, qui intègre les produits et prestations de la LPP, définir les thèmes et postes prioritaires d'actions et partager la connaissance de la situation et l'environnement de chaque établissement. Il s'agira de préparer un plan d'intervention par établissement en cohérence avec les objectifs de réduction du taux d'évolution et d'amélioration des pratiques pour la prescription des médicaments et des produits et prestations de la LPP fixés par le contrat signé par chaque établissement. Les postes contribuant le plus à l'évolution des dépenses des PHEV seront identifiées pour chaque établissement.

Cette étape préparatoire pourra se faire dans le cadre de la phase de diagnostic préalable au dialogue de gestion avec les établissements prévue au deuxième trimestre 2015.

Pour les établissements qui ont conclu des contrats sur plusieurs thèmes, les actions sur les médicaments et les produits et prestations de la LPP doivent être articulées entre elles en termes de messages et de calendrier : CAQS PHMEV - LPP et transports, produits de santé de la liste en sus (CBUMPP et article 47 de la LFSS pour 2009), d'autant qu'elles impliquent les mêmes acteurs avec des procédures sensiblement identiques.

Déroulement des actions

Réunions régionales

Dans la mesure du possible, l'ARS, en lien avec l'assurance maladie organise au cours des deux premiers mois de l'année une (des) réunion(s) régionale(s) ou départementales de présentation de la démarche de contractualisation auprès des acteurs régionaux ou départementaux concernés : directeurs d'établissements (CHU, CH, ESPIC, CLCC) et fédérations représentatives des établissements de santé et représentants des OMEDIT. Ces réunions présenteront également les modalités d'intervention de l'assurance maladie au sein des établissements.

Réunions au sein de l'établissement

Actuellement à l'hôpital et dans l'attente du déploiement du numéro RPPS qui est un des objectifs prioritaires des actions de sensibilisation PHEV, l'activité des praticiens hospitaliers n'est pas individuellement identifiable. Les visites d'accompagnement se font donc de manière collective.

Au sein des établissements, l'assurance maladie, le cas échéant en présence de l'ARS, intervient à deux niveaux : d'une part, des réunions d'information et de suivi du contrat avec les directions d'établissements et leurs instances et, d'autre part, un accompagnement des prescripteurs lors de visites plus ciblées par service ou par pôle.

Le dispositif d'accompagnement comprend : des réunions périodiques avec le directeur de l'établissement et son président de CME associés à d'autres interlocuteurs en charge de la politique du médicament et des produits et prestations de la LPP. La 1re réunion est destinée à présenter et faire partager le plan d'accompagnement de l'établissement sur les thèmes choisis et à déterminer en commun les modalités pratiques d'application : services concernés, calendrier et suivi :

- une réunion visant à expliquer la démarche et les enjeux au sein de la commission médicale d'établissement (CME) ;
- des visites d'accompagnement ciblées au sein des services hospitaliers les plus concernées par les classes thérapeutiques et les postes de la LPP les plus contributrices à la croissance des dépenses de PHEV ;
- des visites auprès des internes.

Peuvent également être prévues des rencontres auprès d'autres acteurs intervenant dans l'établissement.

Le suivi du contrat signé et de l'avancement de l'intervention dans les services de l'assurance maladie et de l'ARS, le cas échéant, se fera au cours des réunions périodiques avec le directeur d'établissement et le président de CME, associes à d'autres interlocuteurs.

Pour aider les établissements signataires à atteindre les objectifs des contrats, des actions de sensibilisation des prescripteurs et la diffusion de règles, de référentiels et de procédures de prescription seront proposés par l'ARS et l'assurance maladie. L'application des recommandations de bonnes pratiques du projet ARMEN relatif aux achats hospitaliers pourra être évoquée à cette occasion en vue de favoriser une diffusion élargie des médicaments génériques et produits bio similaires en milieu hospitalier.

Ce guide présente les grandes lignes de l'accompagnement.

L'assurance maladie et l'ARS concentreront leurs interventions sur les établissements signataires d'un contrat sur les PHEV. Par ailleurs, en dehors de ce dispositif, l'assurance maladie, en lien avec les ARS, poursuit son programme de maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (MMPH) sur un champ d'établissements plus large.

VOLET N° 1 DU GUIDE MÉTHODOLOGIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT À L'HÔPITAL POUR LES PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES DE MÉDICAMENTS EXÉCUTÉES EN VILLE (PHMEV)

PLAN

1. Remboursement des PHMEV (données 2014 en annexe 1).
2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV.

1. Remboursement des PHMEV (données 2014 en annexe 1)

La croissance des PHMEV en 2014 s'est infléchie : + 4,1 % (+ 5,9 % en 2013) de la dépense remboursée.

Au sein des postes de dépenses les plus importants :

– les croissances les plus remarquables en 2014 sont représentées par :
  – la classe « traitement du cancer » (+ 11,4 % en 2014 pour + 16 % en 2013), portée notamment par la montée en charge des traitements tels que Zytiga®, Xtandi® et Xgeva® dans le traitement du cancer de la prostate ;
  – la classe « polyarthrite rhumatoïde » justifiée notamment par la commercialisation de nouveaux traitements par voie sous cutanée en 2014 comme Orencia® et (+ 11,6 % en 2014 pour + 13 % en 2013) ;
  – la classe « sclérose en plaques » (+ 10,4 % en 2014 après + 25 % en 2013) ;
– la décroissance la plus remarquable est représentée, comme en 2013, par la classe « EPO » (– 7,8 % en 2014 pour – 6 % en 2013)

Dans l'ensemble des surclasses, la croissance la plus remarquable en 2014 reste la classe « produits de la DMLA » (+ 7,7 % en 2014 après 22 % en 2013) malgré une décélération de la croissance par l'effet conjugué de la baisse de prix de Lucentis® et de la commercialisation de Eylea® produit concurrent.

Ces données peuvent notamment servir de référence pour identifier les établissements gros prescripteurs dont le montant de dépense et/ou l'évolution du montant de dépense d'une classe thérapeutique se situe(nt) nettement au-dessus des niveaux nationaux, sans justification pertinente liée à la patientèle ou à des modifications récentes d'organisation au niveau d'un service.

Cette approche permet de n'éliminer aucune classe de médicament du potentiel de réduction de la croissance des PHMEV, même s'il s'agit de traitement de pathologies lourdes et coûteuses et même si une argumentation médicale de rationalisation des prescriptions n'a pas encore été mise à disposition.

Ainsi, même si les documents d'accompagnement ne concernent pas encore toutes les classes thérapeutiques, il est tout à fait possible de contractualiser sur les classes les plus dynamiques. Il convient alors de laisser l'établissement faire son propre diagnostic et établir sa propre stratégie d'optimisation des prescriptions, en rappelant les référentiels à disposition (HAS, INCa, AFSSAPS…) pour ces classes thérapeutiques.

2. Actions prévues par la CNAMTS dans le champ des PHMEV

2.1. *Anticoagulants oraux directs (AOD)*

Cette action est ciblée sur l'indication : « prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'embolie systémique chez les patients adultes présentant une fibrillation atriale (FA) non valvulaire associée à un ou plusieurs facteurs de risque ».

Les produits concernés sont : Pradaxa® (dabigatran), Xarelto® (rivaroxaban) et Eliquis® (apixaban).

L'enjeu de cette action est double. Il est d'abord sanitaire. En effet, ces nouveaux produits ne sont pas dénués de risque, notamment hémorragique, et nécessitent une surveillance étroite chez certaines personnes (patients âgés, de faible poids, à risque hémorragique élevé, etc.). Toutefois, ils ne nécessitent pas de suivi biologique de routine comme les AVK. Ces derniers restent le traitement de référence chez les patients atteints de FA et présentant un haut risque thrombotique.

L'autre enjeu est d'ordre économique. Le coût de ces nouveaux produits est beaucoup plus élevé (75 €/mois) que celui des AVK (11 à 15 €/mois en tenant compte du suivi par INR). La dépense liée à ces produits était de 156 M€ en 2014.

L'objectif de l'action est de promouvoir le bon usage de ces produits selon les recommandations de la HAS (Fiche de bon usage du médicament de juillet 2013 et avis de la commission de la transparence) et de l'ANSM.

En ville, les médecins généralistes (visites DAM) et les cardiologues (entretiens confraternels) ont été visités sur ce thème. Il est toutefois primordial de visiter également les praticiens hospitaliers dans la mesure où ces traitements sont également prescrits à l'hôpital ; les établissements représentent 33 % des prescriptions d'anticoagulants oraux et 17 % des premières prescriptions d'anticoagulants oraux directs.

L'action à l'hôpital repose :

- sur la présentation d'un diaporama dont les messages principaux sont :
  - la réévaluation des AOD par la commission de la transparence : les AVK restent le traitement de référence, les AOD sont à réserver à des cas particuliers. En cas de prescription d'AOD, privilégier Eliquis® qui présente le meilleur niveau de preuve ;
  - le rappel des précautions d'usage à travers la présentation de certains résultats de l'étude menée par le DESP de la CNAMTS sur les facteurs de risque ;
- sur la discussion autour des données du profil PHMEV dont une page spécifique est dédiée aux AOD. Les indicateurs sont les suivants :
  - nombre de boites d'AOD prescrites par l'établissement et les établissements de même catégorie, en 2013 et 2014 ;
  - part des prescriptions d'AOD dans le total des anticoagulants oraux (ACO), par l'établissement et les établissements de même catégorie, en 2013 et 2014 ;
  - répartition des prescriptions par produit en 2014, par l'établissement et les établissements de même catégorie.

2.2. *Érythropoïétines (EPO)*

Toutes indications confondues, le remboursement des EPO dans le champ des PHMEV atteint 216 M€ en 2014 pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

En 2014, les EPO représentent le 8e poste de dépenses PHMEV (3,4 % de la dépense PHMEV totale) avec une décroissance de presque 8 % par rapport à 2013.

La réintégration des EPO dans les tarifs des GHS au 1er mars 2014 ne s'est pas traduite par une augmentation des dépenses PHMEV en 2014.

L'action d'accompagnement portera sur le bon usage de l'EPO dans le traitement des anémies :

- chez le patient cancéreux traité par chimiothérapie ;
- chez le patient insuffisant rénal chronique.

Cette action se développe autour de deux axes :

1er axe : message de santé publique : usage raisonné de l'EPO. Rappeler aux prescripteurs les recommandations actuelles et leur remettre une fiche de bon usage chez le patient cancéreux, rédigée par l'INCa + l'ANSM + la CNAMTS et validée par la HAS, et la fiche de bon usage chez le patient insuffisant rénal chronique publiée par la HAS.

2e axe : message économique : privilégier la prescription des produits les moins coûteux en ville (biosimilaires en initiation de traitement).

Les outils mis à disposition des praticiens conseils :

- deux fiches de bon usage (cancérologie et néphrologie) ;
- un diaporama présentant contexte, constats, problématique, données économiques ;
- un profil centré sur les données de l'établissement relatives à la consommation d'EPO, dont les biosimilaires, chez les patients atteints de cancer et les données comparatives avec les établissements de même catégorie ;
- un « mémo » coût affichant les prix des EPO indiquées en cancérologie.

Calendrier : cette action se déroulera à compter du 4e trimestre 2015.

Indicateurs pressentis :

1. % de prescriptions EPO biosimilaires/EPO total.
2. Nombre de patients ALD cancer traités par EPO/Nombre de patients ALD cancer.

2.3. *Les nouveaux agents antiviraux à action directe (NAAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique*

Prenant en compte l'évolution majeure de la prise en charge médicamenteuse de l'hépatite C chronique en 2014, les médicaments spécifiques de l'hépatite C ont été exclus pour 2013 et 2014 du montant total de la surclasse « traitements du VIH et des hépatites » ; en conséquence, le taux de croissance de cette classe est faible : 1,2 % entre 2013 et 2014.

Pour concilier les enjeux économiques et de santé publique forts et l'accès des patients à l'innovation thérapeutique que représente l'arrivée sur le marché des NAAD en 2014, les autorités françaises ont choisi d'en encadrer la prescription, l'initiation de traitement et la délivrance.

Notamment, la délivrance des NAAD est réservée aux pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à rétrocéder et les NAAD ne sont pas disponibles en officine de ville ; rendant sans objet une action de PHMEV sur ces spécialités.

Néanmoins, dans ce contexte d'avancée thérapeutique majeure, la CNAMTS a, dès janvier 2015, initié une campagne d'accompagnement auprès de l'ensemble des établissements de santé publics et privés ayant rétrocédé et facturé Sovaldi® en 2014. La campagne s'articule autour du bon usage, du rappel des règles de prescription et de délivrance de Sovaldi® et du coût que représentent ces nouveaux traitements.

2.4. *Les génériques*

Les actions de GDR PHMEV sur les médicaments génériques s'inscrivent dans le cadre du plan national d'action de promotion de ces médicaments. Ce plan triennal a été annoncé au ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes le 24 mars 2015 et vise à lever les derniers freins à l'usage des médicaments génériques pour toutes les situations où cet usage est possible.

Dans ce contexte, la loi de financement de la sécurité sociale a créé un nouveau critère de ciblage d'entrée dans la GDR PHEV, fondé sur le taux de prescriptions des médicaments inscrits au répertoire des groupes génériques. Pour la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 le taux a été fixé au niveau national à 39 %.

Pour aider les établissements dans l'atteinte de cet objectif, le mémo « Prescription dans le répertoire » sera actualisé. Il sera également mis à disposition un nouvel ADV (2e semestre 2015).

Par ailleurs, pour mémoire, depuis le 1er janvier 2015, la prescription en DCI est devenue obligatoire pour tous prescripteurs (y compris les prescripteurs hospitaliers) et devrait contribuer à favoriser leur délivrance par le pharmacien, de préférence au médicament princeps.

La réalisation de l'objectif du taux de 39 % de prescription des médicaments inscrits au répertoire pour la période du 1er avril 2015 au 31 décembre 2015 sera calculée au 31 décembre 2015 avec le répertoire à jour à cette date.

2.5. *Médicaments d'exception (Xolair®)*

Une action d'accompagnement sera élaborée au 2e semestre 2015 pour promouvoir le bon usage de Xolair® (omalizumab) indiqué dans le traitement de l'asthme sévère persistant allergique.

2.6. *Autres actions*

D'autres actions seront déployées au dernier trimestre 2015 :

- les biothérapies en rhumatologie et gastro entérologie : cette campagne fera suite à la campagne débutée en 2014 sur les anti TNF en rhumatologie. Elle portera sur la place des biothérapies dans la stratégie thérapeutique et la place des biosimilaires ;
- les traitements de la DMLA : l'axe principal de cette action sera la mise en place de la RTU médico économique (Avastin® : bevacizumab) ;
- les anti agrégants plaquettaires : cette action portera sur la monothérapie au long cours par l'aspirine et la prescription dans le répertoire de clopidogrel ;
- les traitements du VIH et les traitements du cancer.

ANNEXE 1

PHMEV/RÉPARTITION DES CLASSES ET ÉVOLUTION ANNÉES 2013/2014

Montant remboursé tous régimes, France entière (extrapolé)

CLASSE THÉRAPEUTIQUE	2013 (en M€)	2014 (en M€)	CROISSANCE (en M€)	TAUX de croissance (en %)
Aide à la procréation	82,9	87,8	5,0	6,0
Alzheimer	22,5	23,7	1,2	5,2
Anesthésiques	35,1	38,1	3,0	8,6
Antalgiques, vertiges, migraines	151,3	157,5	6,3	4,1
Antiacides et antiulcéreux	61,2	61,7	0,4	0,7
Antiagrégants, Antithrombotiques	204,3	208,9	4,6	2,3
Antiallergiques dont rhinite	10,1	10,4	0,3	2,8
Antiarythmiques et stimulants cardiaques	9,0	9,4	0,5	5,1
Anti-asthmatiques	163,9	173,4	9,6	5,8
Antidépresseurs	80,6	73,5	– 7,0	– 8,7
Antidiabétiques	169,9	176,8	6,9	4,1
Antidotes et chélateurs	88,3	88,8	0,5	0,6
Antiglaucomateux	25,3	26,1	0,8	3,3
Anti-hypertenseurs	138,7	131,7	– 7,0	– 5,1
Anti-infectieux	274,3	276,0	1,7	0,6
Anti-inflammatoires	5,3	6,2	1,0	18,1
Anti-ostéoporotiques	17,4	17,0	– 0,4	– 2,1
Antipsychotiques	359,5	360,9	1,4	0,4
Anti-rhumatismaux	23,8	23,5	– 0,2	– 1,0
Antitussifs et autres produits de l'appareil respiratoire	5,7	11,8	6,1	108,1
Appareil digestif divers	93,3	95,7	2,4	2,6
Autres (nutrition, …)	5,2	5,3	0,1	2,3
Autres aigü (antianémiques, antihémorragiques...)	62,0	58,8	– 3,3	– 5,2
Contraceptifs	42,8	42,7	– 0,1	– 0,1
Dermatologie	55,6	64,3	8,7	15,7
Épilepsie et Parkinson	138,0	139,0	1,0	0,7
EPO	241,7	222,7	– 19,1	– 7,9
Hormones	113,5	123,9	10,5	9,2
Hormones de croissance	157,8	164,5	6,6	4,2
Hypolipémiants	74,9	66,8	– 8,1	– 10,8
Immunosuppresseurs	254,5	246,8	– 7,7	– 3,0
Ophtalmologie et otologie (hors DMLA)	24,5	28,7	4,2	17,2
Polyarthrite rhumatoïde	419,8	469,3	49,4	11,8
Produits de diagnostic	92,7	102,2	9,4	10,2
Produits de la DMLA	141,9	152,8	10,8	7,6
Psychotropes	38,5	38,3	– 0,1	– 0,3
Sclérose en plaques	227,2	250,8	23,6	10,4
Solutés massifs	35,9	37,5	1,6	4,5
Toxicomanie et psychostimulants	29,7	29,1	– 0,6	– 2,0
Traitement du cancer	1 053,0	1 172,5	119,5	11,3
Traitements du VIH et des hépatites	835,4	848,5	13,1	1,6
Urologie	22,5	23,1	0,6	2,6
Vaccins	75,7	76,3	0,6	0,8
Vasodilateurs périphériques et centraux	0,5	0,4	0,0	– 8,8
Vitamines et minéraux	30,6	31,1	0,5	1,6
Prescriptions hospitalières délivrées en ville	**6 196,1**	**6 454,5**	**258,3**	**4,2**

Volet n° 2 du Guide méthodologique de mise en œuvre des actions d'accompagnement à l'hôpital pour les prescriptions hospitalières des produits et prestations de la LPP exécutées en ville (PHEV LPP)

Sur l'année 2014, les prescriptions de produits (dispositifs médicaux, aliments diététiques, etc.) et prestations des médecins hospitaliers exécutées en ville représentent 33,5 % de l'ensemble des prescriptions exécutées en ville. Ainsi, ce montant s'élève à 1,43 milliard d'euros sur cette période. Il a augmenté de 7,8 % par rapport à l'année 2013.

Il s'agit des prescriptions effectuées par des médecins hospitaliers pour les malades non hospitalisés (prescriptions de sortie d'hôpital, de consultations externes et des services d'urgence) exécutées soit par les pharmacies d'officine, soit par les prestataires de service et distributeurs de matériels, soit par les orthoprothésistes, les podo-orthésistes…

Bien que plusieurs facteurs conjoncturels (les transferts hôpital/ville, le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients traités et l'intensification de certains traitements) expliquent cette évolution, elle doit néanmoins rester soutenable par la collectivité.

Il convient de plus de considérer l'impact de ces prescriptions sur les professionnels de santé libéraux, pour qui ces prescriptions (PHEV-LPP) sont des prescriptions de référence et d'initiation de traitement qu'ils hésiteront à modifier auprès de leurs patients.

Plan

1. Méthode d'accompagnement des établissements de santé.
2. Choix des thèmes d'accompagnement.
3. Référentiels et messages de bonne pratique.

1. **Méthodes d'accompagnement des établissements de santé**

Les actions sur les produits et prestations de la LPP sont conduites en même temps que celles sur les PHMEV.

Les outils d'accompagnement

La CNAMTS et les autres régimes d'assurance maladie ont déjà conduit des actions d'accompagnement à l'hôpital et en ville sur des catégories de produits et de prestations de la LPP à l'aide de supports et d'outils présentant des messages de bonne pratique.

D'autres kits d'accompagnement des professionnels de santé sur les postes de la LPP constituant le moteur de la croissance des PHEV LPP seront diffusés par le niveau national au fur et à mesure de leur élaboration, afin de constituer une boite à outil dans laquelle, à terme, le niveau régional pourra choisir son accompagnement selon le profil de l'établissement.

Les actions déployées au sein de réunions regroupant les prescripteurs hospitaliers, animées par des médecins conseils, des représentants de caisses primaires et le cas échéant des ARS si elles souhaitent participer, comprennent, comme pour les actions de PHMEV :

– l'exposé d'un diaporama explicatif du dispositif de contractualisation ;
– la présentation d'un profil personnalisé de l'établissement ;
– la mise à disposition de supports informatifs sur les principaux postes de la LPP.

2. **Choix des thèmes d'accompagnement**

Le choix des postes des produits et prestations de la LPP devant faire l'objet d'actions d'accompagnement dans un établissement tiendra compte des données de remboursement et des évolutions des PHEV au niveau national, régional et de l'établissement mais également des remboursements des mêmes produits et prestations prescrits en ville.

2.1. *La répartition par grandes classes des produits et prestations de la LPP des PHEV au niveau national*

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville portant sur la LPP, pour les établissements anciennement sous dotation globale, représentent 1,43 milliard d'euros de dépenses pour l'assurance maladie (régime général, hors SLM) en 2014.

Seront proposées en priorité des actions visant les classes de produits et prestations qui :
– représentent des postes de remboursement parmi les plus importants ;
– pour lesquels une possibilité d'optimisation des pratiques est envisageable ;
– ou dont les évolutions sont significativement différentes de celles observées sur l'ensemble des prescriptions délivrées en ville sans que des facteurs explicatifs évidents puissent être identifiés.

Le choix par les ARS (1 ou 2 postes au choix de l'ARS par exemple) pourra par exemple être effectué en fonction de l'importance au niveau local des problématiques identifiées au niveau national.

Par ailleurs, le profil de l'établissement (commun avec celui pour les médicaments) dresse un état des lieux des PHEV LPP par postes de la LPP. Cela permet de favoriser le choix d'une ou deux classes par établissement, ainsi que les indicateurs qui figuraient dans l'instruction du 27 mars 2013.

Enfin, la CNAMTS va progressivement développer des actions d'accompagnement en établissement en élaborant de nouveaux programmes sur des thèmes concernant les principales catégories de la LPP prescrits à l'hôpital et exécutés en ville.

Tableau 1: prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) LPP remboursées en 2014, par grands postes de la classification médico-technique

LPP (hors titre III)	Prescriptions hospitalières	% des Prescriptions Hospitalières	Ensemble des prescriptions	Part des Prescriptions Hospitalières dans l'ensemble des prescriptions
Total	**1 434,3 M€**	**100%**	**4 281,5 M€**	**33,50%**
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringu	189,8 M€	13,23%	288,2 M€	65,86%
Traitements respiratoires, autres prestations	161,4 M€	11,26%	287,1 M€	56,23%
Pression positive continue pour apnée du sommeil	127,2 M€	8,87%	348,8 M€	36,46%
Pansements	96,4 M€	6,72%	435,2 M€	22,14%
Oxygénothérapie, prestation seule	93,6 M€	6,53%	215,0 M€	43,54%
Orthoprothèse (3545)	91,0 M€	6,34%	140,9 M€	64,57%
Nutrition entérale, poches et prestation	84,6 M€	5,90%	118,2 M€	71,55%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	77,1 M€	5,37%	389,1 M€	19,80%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	68,2 M€	4,76%	82,8 M€	82,39%
Perfusion, systèmes passifs	67,5 M€	4,71%	114,5 M€	59,00%
Nutrition orale	60,9 M€	4,24%	243,6 M€	24,98%
Fauteuils roulants, location et achat*	45,7 M€	3,19%	143,6 M€	31,81%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésic	42,1 M€	2,93%	208,5 M€	20,18%
Orthèses (petit appareillage 3521)	34,2 M€	2,39%	236,4 M€	14,48%
Lits médicaux	27,2 M€	1,89%	206,9 M€	13,13%
Orthèses de série	23,9 M€	1,67%	98,5 M€	24,28%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	22,1 M€	1,54%	111,1 M€	19,93%
Dispositifs pour stomies digestives	21,0 M€	1,47%	82,0 M€	25,65%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)*	20,1 M€	1,40%	60,1 M€	33,51%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	13,8 M€	0,96%	70,9 M€	19,40%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	11,3 M€	0,79%	40,3 M€	28,08%
Audioprothèses*	10,6 M€	0,74%	80,9 M€	13,10%
Optique, verres et montures*	8,3 M€	0,58%	117,7 M€	7,02%
Dispositifs de contention, bandes	7,9 M€	0,55%	26,2 M€	30,13%
Sphère ORL	4,6 M€	0,32%	12,1 M€	37,96%
Dispositifs injectables viscoélastiques	4,3 M€	0,30%	32,8 M€	13,21%
Traitement externe de la douleur	4,0 M€	0,28%	7,5 M€	53,48%
Ophtalmologie, divers	3,1 M€	0,22%	17,8 M€	17,63%
Prothèses oculaires et faciales*	2,4 M€	0,16%	5,6 M€	42,21%
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulat	2,1 M€	0,15%	21,6 M€	9,92%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tr	2,0 M€	0,14%	9,6 M€	20,93%
Dispositifs contraceptifs	1,7 M€	0,12%	12,5 M€	13,97%
Postiches*	1,4 M€	0,10%	2,9 M€	49,22%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	1,1 M€	0,08%	3,0 M€	36,20%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants e	0,9 M€	0,06%	5,6 M€	15,88%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que p	0,4 M€	0,03%	0,9 M€	46,05%
Optique, lentilles et aides visuelles	0,3 M€	0,02%	3,0 M€	8,66%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)	0,04 M€	0,00%	0,05 M€	81,68%

Source: CNAMTS, France entière, régime général hors SLM.

* Estimations des montants annuels en 2013, en 2014 chiffres réels (Transcodage version 367 du 31 décembre 2014).

Tableau 2: évolution des montants remboursés en 2014
au titre de la prescription hospitalière exécutée en ville LPP

	Prescriptions Hospitalières		Ensemble des prescriptions	
LPP (hors titre III)	**Croissance en montant brut**	**Evolution en %**	**Croissance en montant brut**	**Evolution en %**
Total général	**103,28 M€**	**7,8%**	**332,91 M€**	**8,4%**
Dispositifs pour autotraitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles)	14,12 M€	8,03%	21,65 M€	8,1%
Traitements respiratoires, autres prestations	13,93 M€	9,44%	24,49 M€	9,3%
Orthoprothèse (3545)	11,44 M€	14,38%	14,97 M€	11,9%
Pression positive continue pour apnée du sommeil	10,31 M€	8,83%	35,89 M€	11,5%
Pansements	8,36 M€	9,50%	34,99 M€	8,7%
Nutrition entérale, poches et prestation	5,88 M€	7,48%	9,80 M€	9,0%
Orthèses (petit appareillage 3521)	4,89 M€	16,69%	21,15 M€	9,8%
Perfusion, systèmes actifs, pompes implantées ou non	4,69 M€	7,39%	1,85 M€	2,3%
Audioprothèses*	4,49 M€	73,56%	47,21 M€	140,2%
Perfusion, systèmes passifs	4,26 M€	6,72%	9,14 M€	8,7%
Nutrition orale	3,88 M€	6,80%	15,05 M€	6,6%
Génito-urinaire, matériel pour incontinence et sondage vésical	2,65 M€	6,73%	9,38 M€	4,7%
Dispositifs de contention, bandes	1,57 M€	24,93%	4,99 M€	23,5%
Dispositifs pour autocontrôle du diabète	1,53 M€	2,03%	5,41 M€	1,4%
Lits médicaux	1,53 M€	5,98%	16,98 M€	8,9%
Orthèses de série	1,37 M€	6,09%	18,85 M€	23,7%
Dispositifs pour stomies digestives	1,35 M€	6,87%	1,55 M€	1,9%
Podo-orthèses (Chaussures orthopédiques)*	1,26 M€	6,67%	2,69 M€	4,7%
Fauteuils roulants, location et achat*	0,91 M€	2,02%	7,66 M€	5,6%
Ophtalmologie, divers	0,76 M€	32,18%	3,74 M€	26,7%
Prothèses oculaires et faciales	0,57 M€	31,91%	0,98 M€	21,1%
Postiches*	0,56 M€	66,68%	1,31 M€	83,7%
Optique, verres et montures*	0,54 M€	7,00%	11,98 M€	11,3%
Sphère ORL	0,51 M€	12,31%	0,88 M€	7,8%
Dispositifs d'aide à la vie dont béquilles, déambulateurs	0,46 M€	2,12%	7,29 M€	7,0%
Dispositifs injectables viscoélastiques	0,45 M€	11,64%	2,54 M€	8,4%
Traitement externe de la douleur	0,34 M€	9,39%	0,72 M€	10,5%
Appareil générateur d'aérosol (3518)	0,22 M€	1,96%	0,00 M€	0,0%
Génito-urinaire, implants, dont grains d'iode, électrostimulation	0,19 M€	9,54%	0,77 M€	3,7%
Respiratoire : chambres d'inhalation, stimulateurs, implants et autres	0,08 M€	9,80%	0,63 M€	12,7%
Dispositifs pour autotraitement et autocontrôle autres que pour diabète	0,03 M€	6,19%	0,11 M€	12,6%
Dispositif d'assistance circulatoire mécanique (DACM)	0,02 M€	86,36%	0,02 M€	79,3%
Dispositifs de maintien, protection et immobilisation	-0,02 M€	-1,38%	0,24 M€	8,7%
Dispositifs contraceptifs	-0,02 M€	-1,23%	-1,09 M€	-8,1%
Autres véhicules pour personnes handicapées (poussettes, tricycles)	-0,06 M€	-2,92%	1,24 M€	14,9%
Optique, lentilles et aides visuelles	-0,11 M€	-29,76%	0,38 M€	14,5%
Matériel anti-escarres, matelas et coussins	-0,31 M€	-2,21%	0,85 M€	1,2%
Oxygénothérapie, prestation seule	-1,48 M€	-1,56%	-3,36 M€	-1,5%

Source: CNAMTS, France entière, régime général hors SLM.
Transcodage version 367 du 31 décembre 2014, nc: % d'évolution non calculable.
* Estimations des montants annuels en 2013, en 2014 chiffres réels.

2.2. *Compléments nutritionnels oraux (CNO)*

Les produits pour complémentation nutritionnelle orale destinés aux adultes (CNO) étaient inscrits sur la LPP et leur prise en charge, avant 2010, était limitée à quelques pathologies (sida, cancer…). En 2010, une modification de la nomenclature a étendu leurs indications à tous patients dénutris. Ainsi, la prise en charge des CNO destinés aux adultes est assurée chez des malades dont la fonction intestinale est normale et qui sont dénutris selon les critères de dénutrition repris dans la LPP.

La dénutrition est fréquente chez la personne âgée et risque de progresser avec le vieillissement de la population, ce d'autant plus, qu'un nombre croissant de sujets âgés font le choix de rester le plus longtemps possible à domicile. Le poste des CNO devrait donc être amené à poursuivre sa croissance, d'autant plus que la prise en charge et la prévention de la nutrition font partie des objectifs de santé publique du 3e PNNS 2011-2015.

L'enjeu, à la fois économique (243,6 M€ en 2014, dont 25 % en prescription hospitalière) et de santé publique car l'opportunité du traitement est discutable chez certains patients alors que d'autres ne sont pas pris en charge. L'amélioration de la qualité de la prescription semble nécessaire.

Dans ce contexte, le respect des recommandations en matière de bonne utilisation de la nutrition orale chez les patients dénutris, en termes de hiérarchisation des traitements, et des modalités de suivi et de renouvellement des nutriments, apparaissent fondamentales pour maîtriser ce poste dont l'évolution en 2014 approche 6,80 % (PHEV).

La délivrance des CNO est quasi exclusivement assurée par les pharmaciens d'officine (97 %). Les prestataires de services et distributeurs de matériel médical délivrent très peu ces produits (< 3 %).

Cette action a pour objectif d'améliorer la qualité du diagnostic de dénutrition et de limiter la prescription initiale à 1 mois et prévoir une réévaluation au 15e jour (comme le prévoit la LPP).

Les supports des visites ont été préparés par la CNAMTS.

Calendrier : cette action devrait se dérouler sur le deuxième trimestre 2015.

Indicateur proposé : coût moyen des nutriments pour supplémentation orale remboursés au titre de la PHEV par patient âgé de 60 ans et plus.

2.3. *Modèles d'ordonnance*

L'article 56 de la convention des médecins prévoit la mise à disposition de modèles d'ordonnance élaborés avec les professionnels dans le champ de la LPP. Actuellement des modèles d'ordonnance sont mis à disposition des médecins par les prestataires eux-mêmes. Cette pratique ne peut être cautionnée par l'assurance maladie, en raison de son caractère inflationniste et des dispositions des articles L. 162-2 et L 162-2-1 du code de la sécurité sociale et de l'article R. 4127- 8 du code de la santé publique.

La CNAMTS a réalisé avec les partenaires conventionnels, trois modèles d'ordonnance focalisés sur les prestations nécessaire à :

– l'insulinothérapie par pompe externe ;
– la nutrition entérale à domicile avec sonde nasogastrique ou nasojéjunale ;
– la nutrition entérale à domicile avec gastrostomie ou jéjunostomie.

Ces prestations de la LPP ont été choisies en raison de la complexité de la nomenclature, de la diffusion aux prescripteurs de modèles d'ordonnance établis par les prestataires eux-mêmes et du montant des dépenses associées à ces prestations.

À titre d'exemple, les dispositifs pour auto traitement du diabète représentent le 1er poste en montant remboursé des PHEV (189,8 M€ en 2014 et 66 % de l'ensemble des prescriptions exécutés en ville).

L'objectif de cette action est de faire connaître ces modèles d'ordonnance et de les mettre à disposition des prescripteurs hospitaliers. À cette occasion, les conditions médico-administratives de la LPP seront rappelées.

Calendrier : modèles d'ordonnance disponibles mi-2015.

2.4. *Pansement*

Les pansements constituent le 4e poste des PHEV (96,4 M€) et l'évolution des PHEV en 2014 est de 6,7 %.

Deux actions sont en cours d'élaboration par la CNAMTS :

– PRADO plaies chroniques :

Un programme de retour à domicile pour le traitement des plaies chroniques (escarre, ulcère veineux, plaie du pied du diabétique) sera initié début 2015. Il comportera notamment un mémo d'aide à la prescription et des modèles d'ordonnance à destination des professionnels de proximité pour optimiser les prescriptions ;

– conception d'un mémo d'aide à la prescription des pansements primaires et secondaires qui sera soumis à validation par la HAS et mise à disposition de support de campagne (diaporama et fiche de bon usage des technologies de santé HAS, avril 2011).

L'objectif est de promouvoir les bonnes pratiques en adaptant d'une part la prescription en fonction de la plaie et de son stade d'évolution (selon recommandations HAS – 2008) et en assurant d'autre part que le suivi du patient est mis en place (réévaluation régulière de la plaie, pas de changement prématuré du pansement).

Calendrier : septembre 2015.

Indicateur proposé : nombre moyen de pansements remboursés au titre des PHEV rapporté au nombre de patients concernés par ces prescriptions.

3. **Référentiels et autres messages de bonne pratique**

3.1. *Référentiels LPP*

La liste des produits et prestations (LPP).

Avis et synthèse des avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) (consultables sur le site de la HAS).

Fiches de bon usage des technologies de santé HAS (consultables sur le site de la HAS).

Recommandations de bonne pratique HAS/AFSSAPS.

Guide illustré des prothèses de haute technologie technique (consultable sur ameli.fr).

Références juridiques des produits de santé (consultable sur ameli.fr).

Guide ALD et liste des actes et prestations de la HAS (consultables sur le site de la HAS).

3.2. *Messages d'amélioration de l'efficience de la prescription des produits et prestations de la LPP.*

Plusieurs pistes d'amélioration de l'usage des produits et prestations de la LPP en termes d'efficacité et de sécurité, mais aussi de maîtrise des coûts peuvent être suivies :

– respect des indications et des conditions de prises en charge définies par la LPP ;

– respect des recommandations professionnelles de la HAS ;

– rappel de l'obligation de porter les numéros FINESS et RPPS (après déploiement) sur les ordonnances.

Prescription des prestations d'oxygénothérapie et de PPC

L'oxygénothérapie est le 5e poste des PHEV-LPP. Compte tenu des enjeux de santé publique et économique de ce poste de la LPP, les indications de la LPP doivent être respectées, plus particulièrement, le choix entre l'oxygénothérapie à long terme par poste fixe et l'oxygénothérapie à long terme par oxygène liquide doit répondre au besoin des patients. À la suite de l'avis CNEDiMTS, une nouvelle nomenclature a été publiée en février 2015.

Pour la PPC les conditions dans lesquelles le diagnostic est établi et le respect des indications de prise en charge et de renouvellement de la prise en charge sont également des éléments importants en termes de gestion du risque.

Indicateurs proposés : proportion de forfaits OLT liquide (y compris les forfaits associés) au sein de l'ensemble des forfaits OLT et nombre de forfaits remboursés pour PPC rapporté à la population générale.

Prescription des ortho prothèses

Pour aider les prescripteurs à respecter les référentiels médico-administratifs existant sur les ortho prothèses, un guide illustré des prothèses de haute technologie technique, outil d'aide à la décision conforme à la LPP, est mis à leur disposition. Chaque fiche comporte une illustration (reproduite avec l'accord des différents fabricants), la référence commerciale (marque et référence), les données techniques du fabricant (poids maximum de l'utilisateur, compatibilités, délai de garantie, etc.), la

référence et l'intitulé repris à la LPP, le tarif de prise en charge et le référentiel médico-administratif existant reprenant ces nouvelles données techniques et réglementaires sous forme de fiches, disponibles en téléchargement sur ameli.fr[1].

Prescription de l'auto surveillance glycémique (ASG)

Les modifications récentes des conditions de prise en charge des bandelettes glycémiques bandelettes chez les patients diabétiques en dehors des patients traités par insuline ou envisagés à court et moyen terme, avec l'arrêté du 25 février 2011 paru au *JO* du 27 février 2011 limitant la prise en charge à 200 bandelettes. Les établissements ont été destinataires d'un courrier d'information adressé par les ELSM en avril-mai 2011.

Un courrier rappelant les règles de prise en charges des bandelettes d'auto surveillance et de renouvellement des lecteurs de glycémie sera envoyé aux patients dont la consommation excède les limites autorisées au 3e trimestre 2015.

La fiche bon usage des technologies de santé de la HAS, avril 2011, sur l'auto surveillance glycémique dans le diabète de type 2, reprend les indications et les objectifs de l'ASG chez le patient diabétique du type 2. En 2012, la CNAMTS a élaboré un mémo validé par la HAS « auto surveillance glycémique – diabète de type 2 » et un livret patient « l'auto surveillance glycémique si j'ai un traitement sans insuline »

Indicateur proposé

Nombre de patients diabétiques sans insuline (au moins 3 délivrances d'antidiabétique sur 1 an mais aucun remboursement d'insuline) et plus de 200 bandelettes ASG remboursées sur la période rapporté au nombre de patients diabétiques sans insuline avec remboursement de bandelettes d'ASG.

[1] http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/codage/liste-des-produits-et-prestations-lpp/appareillage-de-haute-technologie.php.

ANNEXE 4

CALENDRIER DE TRANSMISSIONS DES DONNEES PHEV

DATE	AUTEURS	DESCRIPTIONS DES DONNÉES
15 décembre 2014	DSS (arrêté)	Taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.
10 mars 2015	SG/CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR des objectifs CPOM et CPG définitifs pour 2015.
20 mars 2015	DSS (arrêté)	Taux prévisionnel de prescription, résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, de médicaments dans le répertoire des groupes génériques.
Avril 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales de ciblage pour 2015 : bilan des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.
Avril 2015	ARS	Transmission à chaque établissement du bilan 2014 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.
Juin 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales du 1er trimestre 2015 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.
Septembre 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales du 1er semestre 2015 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.
Décembre 2015	CNAMTS	Transmission aux ARS et DCGDR du profil PHEV et des données régionales des 9 premiers mois de l'année 2015 des prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.