MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
Liberté
Égalité
Fraternité

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES
HANDICAPÉES
Liberté
Égalité
Fraternité

Bulletin officiel

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 12

31 mai 2022

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION : FRANCIS LE GALLOU, DIRECTEUR DES FINANCES, DES ACHATS ET DES SERVICES
RÉDACTEUR EN CHEF : PATRICE LORIOT, ADJOINT A LA SOUS-DIRECTRICE DES SERVICES GÉNÉRAUX ET DE L'IMMOBILIER
RÉALISATION : SGMCAS - DFAS - BUREAU DE LA POLITIQUE DOCUMENTAIRE
14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS 07 SP - MÉL. : DFAS-SGI-DOC-BO@SG.SOCIAL.GOUV.FR

Sommaire chronologique

15 avril 2022

INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées.

22 avril 2022

Décision du 22 avril 2022 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).

25 avril 2022

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C/2022/124 du 25 avril 2022 relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/122 du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation permettant la réalisation de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie.

26 avril 2022

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DSS/2A/DB/2022/125 du 26 avril 2022 relative à la prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français.

27 avril 2022

Décision du 27 avril 2022 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).

Décision n° 2022.0264/DP/SG du 27 avril 2022 portant délégation de signature (Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins).

4 mai 2022

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0039 du 4 mai 2022 pour le financement du projet « MIGDATA (base relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC ».

6 mai 2022

Décision du 6 mai 2022 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.

Décision du 6 mai 2022 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.

9 mai 2022

Décision du 9 mai 2022 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.

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/134 du 9 mai 2022 relative à la mise en œuvre d'un hébergement non médicalisé en proximité des maternités et à la prise en charge des transports correspondants, au bénéfice des femmes issues de territoires isolés.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2022/136 du 9 mai 2022 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2022.

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R4/2022/137 du 9 mai 2022 relative à la mise en œuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.

11 mai 2022

Décision du 11 mai 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

12 mai 2022

Décision du 12 mai 2022 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.

Arrêté du 12 mai 2022 portant nomination du directeur général de l'Institut Paoli Calmettes – Centre de lutte contre le cancer de Marseille.

13 mai 2022

Décision du 13 mai 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique.

Décision du 13 mai 2022 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.

Décision du 13 mai 2022 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.

Décision du 13 mai 2022 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.

Décision du 13 mai 2022 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.

Décision du 13 mai 2022 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.

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde.

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGS/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2022/133 du 13 mai 2022 relative à l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé, à titre dérogatoire et transitoire, de la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, solution pour la modification de la fraction sanguine.

INSTRUCTION N° SGMCAS/Pôle Santé-ARS/DGS/2022/143 du 13 mai 2022 relative à la préparation des jeux olympiques et paralympiques de 2024.

16 mai 2022

Décision du 16 mai 2022 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.

Décision n° 2022.0242/DP/SG du 16 mai 2022 portant délégation de signature (Service évaluation des médicaments).

18 mai 2022

Décision du 18 mai 2022 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.

19 mai 2022

Décision du 19 mai 2022 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.

Non daté

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Liste des agents de contrôle de la branche maladie ayant reçu l'autorisation provisoire ainsi que l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGCS/SD3A/2022/113 du 15 avril 2022 relative à l'appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAA2212158J (numéro interne : 2022/113)
Date de signature	15/04/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de la cohésion sociale
Objet	Appel à candidature portant sur le déploiement de la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées.
Commande	Assurer le déploiement de la nouvelle mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées.
Actions à réaliser	Coordonner et suivre le déploiement de la nouvelle mission de centre de ressources territorial au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et des services à domicile.
Echéance	Action à mettre en place en 2022 et les années suivantes.
Contacts utiles	Sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées Bureau de la prévention de la perte d'autonomie et du parcours de vie des personnes âgées Diane GENET Tél. : 01 40 56 86 71 Mél. : diane.genet@social.gouv.fr Nassim LARFA Tél. : 01 40 56 86 80 Mél. : nassim.larfa@social.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	5 pages
Résumé	La présente instruction a pour objet d'accompagner les agences régionales de santé dans le déploiement de la nouvelle mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées consacrée par l'article 47 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) 2022, notamment dans l'organisation d'appels à candidatures pour identifier les porteurs de cette nouvelle mission. Elle accompagne la publication d'un décret et d'un arrêté fixant le cahier des charges de la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées.

Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle Calédonie, de Wallis et Futuna et dans les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF).
Mots-clés	Personnes âgées – Personnes âgées dépendantes – Etablissements d'hébergement pour personnes âgées polyvalents d'aide et de soins à domicile – Services d'aide et d'accompagnement à domicile – Centre de ressources territorial – Virage domiciliaire – Expertise gériatrique – Maintien à domicile.
Classement thématique	Etablissements sociaux et médico-sociaux
Textes de référence	- Article L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF) issu de l'article 47 de la LFSS 2022 ; - Décret n° 2022-731 du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour personnes âgées et au temps minimum de présence du médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; - Arrêté du 5 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de dispositifs renforcés de soutien au domicile (DRAD) pour les personnes âgées (JORF du 16/10/2020) ; - Arrêté du 27 avril 2022 relatif à la mission de centre de ressources territorial pour les personnes âgées (JORF du 29 avril).
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 15 avril 2022 - Visa CNP 2022-46	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Dans les suites de l'article L. 313-12-3 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 47 de la LFSS 2022, les articles D. 312-155-0 et D. 312-7-2 du code de l'action sociale et des familles (CASF), issus du décret n° 2022-731 du 27 avril 2022, prévoient que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les services à domicile peuvent porter une nouvelle mission facultative de centre de ressources territorial pour personnes âgées. Ce décret est complété par un arrêté du 27 avril 2022 fixant le cahier des charges de la mission de centre de ressources territorial et prévoyant les modalités d'enregistrement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). La présente instruction vise à accompagner le déploiement par les agences régionales de santé (ARS) de cette mission.

1. Objectifs et modalités de déploiement des centres de ressources territoriaux

Le développement d'une mission de centre de ressources territorial vise à positionner la structure désignée comme un facilitateur du parcours de santé des personnes âgées du territoire résidant à domicile ou dans un autre établissement ainsi qu'aux professionnels en charge de leur accompagnement. L'enrichissement des missions des structures concernées est également conçu comme un levier pour renforcer l'attractivité des métiers et des parcours professionnels dans le champ du grand âge. Cette mission pourra ainsi être portée par un EHPAD ou un service à domicile (service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) ou éventuellement service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), ainsi que les futurs services autonomie à domicile qui sont en mesure de répondre au niveau d'exigence fixé par le cahier des charges.

Cette mission comporte deux modalités d'intervention, qui devront toutes deux être menées conjointement par les centres de ressources territoriaux :

- Volet 1 – Une mission d'appui aux professionnels du territoire (formation des professionnels, appui administratif et logistique, mise à disposition de compétences et ressources gérontologiques, gériatriques et de ressources et équipements spécialisées ou de locaux adaptés) ;
- Volet 2 – Une mission d'accompagnement renforcé pour des personnes âgées en perte d'autonomie nécessitant un accompagnement à domicile plus intensif, en alternative à l'EHPAD.

Les missions prévues dans le cadre du volet 2 sont inspirées de l'expérimentation « art 51 Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (DRAD) » prévue jusqu'en octobre 2023. Le présent cahier des charges sera revu à l'issue de l'évaluation de cette expérimentation, attendue pour l'été 2023.

La définition de l'articulation des missions du volet 2 du centre de ressources territorial avec l'action des services intervenants au domicile du bénéficiaire devra être garante du respect des missions déjà effectuées par ces structures. Le centre de ressources territorial n'intervenant qu'en complémentarité ou éventuellement en subsidiarité, si nécessaire, des intervenants du domicile.

Afin d'assurer le déploiement de la mission de centre de ressources territorial par les différents porteurs, il vous est demandé de lancer un appel à candidature au deuxième semestre 2022 sur la base du cahier des charges fixé par l'arrêté du 27 avril 2022 précité.

Pour les premiers appels à candidatures en 2022 et 2023, les ARS veilleront en particulier, si possible en lien avec les conseils départementaux, à ce que les projets sélectionnés reposent sur un diagnostic territorial robuste et sur des modalités de gouvernance du projet solides. Elles porteront également une attention particulière aux orientations fixées par le cahier des charges en matière d'accessibilité financière, qui demandent de rechercher en priorité des EHPAD porteurs ou partenaires majoritairement habilités à l'aide sociale, avant de retenir des projets reposant sur des EHPAD minoritairement habilités à l'aide sociale mais qui prévoiraient des garanties d'accessibilité financière (cf. notamment le point 1.4. du cahier des charges annexé à l'arrêté du 27 avril 2022).

Un comité de pilotage régional relatif au suivi de la nouvelle mission, piloté par l'ARS, est organisé à échéance régulière, à rythme infra-annuel les premières années de montée en charge.

2. Financement de la mission de centre de ressources territorial

Les projections du financement jusqu'en 2025 permettront le financement de près de 200 centres de ressources territoriaux, sans distinction de porteur, sur l'ensemble du territoire. Les ARS doivent garantir l'équité territoriale dans le déploiement de la mission de centre de ressources territorial. Pour cela, l'ARS devra assurer un maillage du territoire tenant compte des besoins de la population.

Des crédits de la branche autonomie vous seront délégués à partir de 2022 pour accompagner l'évolution des porteurs dans leur nouvelle mission de centre de ressources territorial : 20 M€ sont prévus en 2022, qui doivent permettre de financer cette mission pour une cinquantaine de centres de ressources territoriaux sur l'ensemble du territoire national. Il est prévu que ces crédits soient progressivement augmentés pour atteindre 78 M€ en 2025. La répartition des moyens dédiés est effectuée selon un critère de répartition populationnel et détaillée dans l'instruction N° DGCS/SD5B/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2022/108 du 12 avril 2022 relative aux orientations de la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes en situation de handicap et des personnes âgées pour l'exercice 2022.

Projection du financement de la mission de centre de ressources territorial				
Années	**2022**	2023	2024	2025
Coût pour la branche Autonomie en milions d'euros	**20**	35	56	78
Nombre de porteurs centre de ressources territorial financés sur l'ensemble du territoire	**50**	88	140	195
Nombre *minimal* de bénéficiaires de l'offre d'accompagnement renforcé (sur la base d'une file active d'au moins 30 personnes par centre de ressources territorial)	**1 500**	2 640	4 200	5 850

Projection à titre indicatif, telle que prévue par la trajectoire budgétaire de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2022 et sans préjudice d'une augmentation de l'enveloppe dans de futures LFSS notamment pour l'intégration des DRAD en sortie d'expérimentation et pour prévoir d'accroître l'offre d'accompagnement renforcé à domicile.

Une dotation annuelle de 400 000€ est versée aux structures retenues dans le cadre de l'appel à candidatures pour remplir la mission de centre de ressources territorial dans ses deux volets. Elle est versée selon les modalités suivantes en fonction du porteur du projet :

- Pour les EHPAD au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins de l'EHPAD (II de l'article R. 314-163 du CASF) ;
- Pour les SSIAD et SPASAD, dans le cadre de la dotation globale de soins (article R. 314-137 du CASF) ;
- Pour les SAAD qui respecteraient le cahier des charges, la dotation est versée à l'EHPAD partenaire au titre d'un financement complémentaire de la dotation soins ; la convention entre l'EHPAD et le service porteur, qui est obligatoirement conclue, prévoit les modalités de reversement des financements dus au SAAD (somme fixée pour le volet 2 et pour les actions du volet 1 que le service peut mener en propre).

L'appel à candidature devra préciser les modalités de suivi des financements alloués selon le type de porteur :

- Pour les EHPAD, en vertu du I de l'article R. 314-217 du CASF, le gestionnaire porteur de la mission de centre de ressources territorial doit présenter un budget annexe dédié à la dotation allouée ;
- Pour les SSIAD, le gestionnaire, en fonction de sa situation vis-à-vis de la contractualisation obligatoire (au sens du L. 313-12-2 du CASF ou du IV ter de l'article L. 313-12 du CASF), devra présenter un budget annexe dédié à la dotation allouée conformément au I de l'article R. 314-10 du CASF ou au I de l'article R. 314-217 ;
- Pour les SAAD, le gestionnaire, en fonction de sa situation vis-à-vis de la contractualisation (avec ou sans contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), CPOM avec maintien du cadre budgétaire dit « budget prévisionnel » ou CPOM incluant un passage à l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), devra présenter un budget annexe dédié à la dotation allouée en se référant au I de l'article R. 314-10 du CASF ou au I de l'article R. 314-217.

Dans le cadre du rapport d'activité mentionné aux articles R. 314-50 et R. 314-232 du CASF, le porteur fera apparaitre les modalités de consommation de la dotation allouée.

3. Articulation avec l'expérimentation « article 51 Dispositifs Renforcés de soutien Au Domicile (DRAD) »

L'expérimentation « article 51 DRAD », dont est inspiré le volet 2 de la mission de centre de ressources territorial, prendra fin le 5 octobre 2023. Les dix ARS concernées par les 23 sites expérimentateurs de DRAD sont : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Grand-Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Normandie, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire.

Entre le 1er janvier 2022 et la fin de l'expérimentation, cette dernière suit son cours sur la base du cahier des charges de l'expérimentation. Les DRAD restent financés sur les crédits dédiés dans le cadre de l'expérimentation sur le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS).

Sur les territoires dont les besoins sont déjà couverts par un DRAD et ce jusqu'à la fin de l'expérimentation, il ne sera pas désigné de centre de ressources territorial afin de ne pas risquer de doubler l'offre d'accompagnement renforcé au domicile sur un même territoire mais, au contraire, de déployer ce type d'accompagnement sur d'autres territoires afin d'augmenter la couverture territoriale de cette offre.
Les DRAD pourront rejoindre le droit commun à compter de 2024, en particulier dans le cadre des appels à candidature pour l'année 2023.

Les centres de ressources territoriaux dont les zones d'intervention sont limitrophes de territoires couverts par les sites expérimentateurs veilleront à articuler leur fonctionnement avec ces acteurs et s'appuieront sur leur expertise dans le déploiement de l'accompagnement renforcé au domicile.

D'ici la fin de l'expérimentation, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) en lien avec le rapporteur général « article 51 », précisera les conditions dans lesquelles le dispositif pérenne des centres de ressources territoriaux pourra prendre le relai de l'expérimentation.

Plus largement, au-delà de l'expérimentation DRAD au titre de l'article 51, une vigilance des ARS est demandée sur l'articulation avec les autres expérimentations en cours dont les objectifs et les modalités de fonctionnement s'approchent du dispositif pérenne de centre de ressources territorial.

4. Evaluation du déploiement de la mission de centre de ressources territorial

Le développement de la nouvelle mission de centre de ressources territorial fera l'objet d'une évaluation par la DGCS deux ans après le début de sa mise en œuvre, soit en 2024. A cette fin, il vous est demandé de vous assurer annuellement du suivi du déploiement de ces nouvelles missions sur la base des indicateurs de suivi d'activité indiqués dans le cahier des charges pour chacun des deux volets de la mission centre de ressources territorial.

Par la suite, en fonction des résultats de cette évaluation et de celle relative à l'expérimentation « article 51 DRAD », de vos retours d'expérience et des besoins identifiés sur les territoires, une révision du présent cahier des charges pourra être réalisée.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
Le chef de service, adjoint à la directrice générale de la cohésion sociale,

Jérôme JUMEL

Agence de la biomédecine

Décision du 22 avril 2022 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 : SSAB2230418S

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 10 février 2022 par le Centre hospitalier universitaire de Nice - Hôpital Archet 2 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 14 avril 2022 ;

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

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

Décide :

Article 1er

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal créé au sein du Centre hospitalier universitaire de Nice - Hôpital Archet 2 est autorisé pour une durée de 5 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 Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 22 avril 2022.

La directrice générale,
Emmanuelle CORTOT-BOUCHER

Annexe à la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine du 22 avril 2022

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du Centre hospitalier universitaire de Nice - Hôpital Archet 2 appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologue-obstétrique :

Monsieur	André	BONGAIN
Monsieur	Jérôme	DELOTTE
Madame	Cynthia	TRASTOUR
Madame	Caroline	ADRADOS
Madame	Julie	ANTOMARCHI
Madame	Céline	AGUILELLA

Echographie du fœtus :

Madame	Sylvie	THOMAS
Madame	Bettina	BEDEL
Madame	Gwendoline	LEVY
Madame	Caroline	ADRADOS
Madame	Anna	COLTRI
Madame	Céline	AGUILELLA

Pédiatrie Néonatologie :

Monsieur	Sergio	ELENI DIT TROLLI
Madame	Florence	CASAGRANDE
Madame	Julie	OERTEL

Génétique médicale :

Madame	Véronique	PAQUIS-FLUCKLINGER
Madame	Cécile	ROUZIER

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C/2022/124 du 25 avril 2022 relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes

Le ministre des solidarités et de la santé
Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2212688N (numéro interne : 2022/124)
Date de signature	25/04/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Ministère de l'économie, des finances et de la relance Direction de la sécurité sociale
Objet	Evolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.
Contacts utiles	Sous-direction Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau accès aux produits de santé et sécurité des soins (PF2) Clément HARTMANN Tél. : 01 40 56 67 64 Mél. : clement.hartmann@sante.gouv.fr Sous-direction Financement du système de soins Bureau des produits de santé (1C) Charlotte MASIA Tél. : 01 40 56 71 34 Mél. : charlotte.masia@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	4 pages + 1 annexe (2 pages) Annexe - Liste des spécialités importées et des indications prises en charge en sus des GHS à titre dérogatoire

Résumé	Lors de tensions d'approvisionnement avec une spécialité habituellement commercialisée en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut accorder une autorisation d'importation pour une spécialité non destinée initialement au marché français. Cette note d'information précise les modalités de prise en charge des spécialités à base d'immunoglobulines polyvalentes humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation pour pallier les tensions d'approvisionnement d'une spécialité dont une ou plusieurs des indications thérapeutiques sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (dite « liste en sus ») et qui bénéficient à ce titre d'une prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation. Cette note récapitule par ailleurs les spécialités et les indications concernées par cette prise en charge dérogatoire.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent dans les départements et régions d'Outre-mer, à Saint Barthélémy et à Saint Martin.
Mots-clés	Liste en sus, rétrocession, importation, tension d'approvisionnement.
Classement thématique	Pharmacie humaine
Texte de référence	Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
Note d'information abrogée	NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/PF2/DSS/1C/2021/250 du 14 décembre 2021 relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.
Rediffusion locale	Etablissements de santé Caisse nationale d'assurance maladie Caisse centrale de la mutualité sociale agricole Union nationale des caisses d'assurance maladie
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 29 avril 2022 - N° 56	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	01/06/2022

I. Contexte

Dans le contexte de tensions d'approvisionnement en immunoglobulines humaines polyvalentes qui vont persister compte-tenu d'une pénurie mondiale en matière première liée à la situation sanitaire, l'ANSM a accordé une autorisation d'importation pour des spécialités à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes.

Certaines indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de ces spécialités sont inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (dite « liste en sus »).

La présente note d'information :

- Met à jour la note d'information interministerielle N° DGOS/PF2/DSS/1C/2021/250 du 14 décembre 2021 relative à l'évolution des modalités de prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation, à titre dérogatoire et transitoire, des spécialités pharmaceutiques à base d'immunoglobulines humaines faisant l'objet d'une autorisation d'importation dans un contexte de tensions d'approvisionnement des spécialités équivalentes.
- Présente en annexe, la liste des spécialités importées à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes prises en charge à titre exceptionnel et transitoire en sus des tarifs d'hospitalisation, ainsi que, pour chacune des spécialités importées son tarif de responsabilité. La liste rappelle également les seules indications thérapeutiques prises en charge en sus pour ces spécialités. Deux nouvelles références ont été introduites dans cette mise à jour de note d'information.
- Fixe les modalités de codage par indication pour les spécialités importées concernées.

La prise en charge en sus des différentes spécialités concernées prend fin aux termes de l'autorisation d'importation délivrée par l'ANSM, et au plus tard à la date précisée dans le tableau annexé, après la publication de la présente note d'information.

Le principe d'une note d'information dédiée à l'ensemble des spécialités à base d'immunoglobulines humaines polyvalentes concernées par cette prise en charge dérogatoire et exceptionnelle est retenu. Une nouvelle note sera publiée en tant que de besoin.

II. Modalités de déclaration

- Administration au cours d'un séjour

A compter du 1er juin 2022, les établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (ex-dotation globale [DG]) et les établissements de santé privés (ex-objectif quantifié national [OQN]) effectuent une déclaration des consommations selon le modèle utilisé pour le suivi des médicaments inscrits sur la liste en sus (FICHCOMP). Ils déclarent les consommations des unités communes de dispensation (UCD) de la spécialité concernée et le prix d'achat, dans les indications thérapeutiques prises en charge.

Le champ permettant la saisie du code indication dans FICHCOMP est complété (cf. III). Les dispositions relatives au codage de l'indication s'appliquent également pour les spécialités importées visées dans cette note.

La facturation par les établissements ex-OQN est établie avec le code prestation PH8 à l'instar des spécialités inscrites sur la liste en sus et reportée dans les résumés standard de facturation (RSF) correspondants pour le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

La prise en charge de ces spécialités, dans les indications ouvrant droit à cette prise en charge, est effectuée sur la base du tarif maximal de responsabilité fixé en annexe pour chaque UCD.

- Dispensation en rétrocession

Lors de la dispensation par une pharmacie à usage intérieur (PUI) autorisée à assurer l'activité de vente au public mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, le prix de cession est prévu à l'article R. 163-9-1 du code de la sécurité sociale.

Pour les délivrances par les pharmacies à usage intérieur dans le cadre de la rétrocession, des spécialités mentionnées dans le tableau en annexe sont facturées aux caisses d'Assurance maladie en utilisant le code nature prestation des médicaments pris en charge à 100 % en rétrocession : **PHH et le code UCD correspondant**.

III. Le codage par indication des spécialités faisant l'objet d'autorisation d'importation en cas de tensions d'approvisionnement de la spécialité habituellement commercialisée en France

Suite à la publication de la présente note d'information, le référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus, mis en ligne sur le site du ministère des solidarités et de la santé[1], sera mis à jour afin de permettre le codage par indication des spécialités importées mentionnées dans la présente annexe.

En application de la présente note, le référentiel mentionnera la date de fin de prise en charge en sus pour chacune des spécialités concernées.

IV. Hiérarchisation des indications des immunoglobulines humaines polyvalentes

Un tableau de hiérarchisation[2] des immunoglobulines polyvalentes humaines est disponible sur le site de l'ANSM. Il définit les usages prioritaires permettant de maîtriser davantage les prescriptions dans un contexte de tension d'approvisionnement.

La liste annexée à cette note d'information sera mise à jour en tant que de besoin avec les spécialités importées bénéficiant d'une prise en charge en sus des groupements homogènes de séjour (GHS) à titre dérogatoire.

Les établissements sont invités à faire part à l'agence régionale de santé ou aux observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDITs) dont ils relèvent des éventuelles difficultés rencontrées.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

signé

Franck VON LENNEP

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

signé

Cécile LAMBERT

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/article/referentiel-des-indications-des-specialites-pharmaceutiques-inscrites-sur-la

[2] https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-des-immunoglobulines-humaines-polyvalentes-Ig-dans-un-contexte-de-tensions-d-approvisionnement-point-sur-les-actions-mises-en-aeuvre-Point-d-Information

ANNEXE

Liste des spécialités importées et des indications prises en charge en sus des GHS à titre dérogatoire

Indications relevant de la prise en charge dérogatoire et exceptionnelle

1. Traitement de substitution chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de déficits immunitaires primitifs (DIP) avec altération de la production d'anticorps.
2. Traitement de substitution chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de déficits immunitaires secondaires (DIS) chez les patients souffrant d'infections graves ou récurrentes, en échec d'un traitement antibiotique et ayant, soit un défaut de production d'anticorps spécifiques (DPAS) avéré, soit un IgG taux sérique <4 g/l.
3. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC), chez qui les antibiotiques prophylactiques n'ont pas fonctionné ou sont contre-indiqués.
4. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie et infections bactériennes récurrentes chez les patients atteints de myélome multiple.
5. Traitement substitutif chez l'adulte, l'enfant et l'adolescent (de 0 à 18 ans) atteint d'hypogammaglobulinémie chez des patients avant ou après une transplantation de cellules souches hématopoïétiques allogéniques.
6. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de thrombocytopénie immune primaire (TIP) chez les patients présentant un risque hémorragique élevé ou préalablement à tout acte chirurgical, afin de corriger le nombre de plaquettes.
7. Traitement de substitution chez les adultes, et les enfants et adolescents (âgés de 0 à 18 ans) : infection congénitale par le VIH avec infections bactériennes récurrentes.
8. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de syndrome de Guillain-Barré.
9. Traitement immunomodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de maladie de Kawasaki.
10. Traitement immunomodulateur dans les polyradiculoneuropathies inflammatoires démyélinisantes chroniques (PIDC).
11. Traitement immunodulateur chez les adultes et chez les enfants et adolescents (0-18 ans) en cas de neuropathie motrice multifocale (NMM).
12. Traitement immunomodulateur : rétinochoroïdite de Birdshot.

Code UCD	Dénomination commune internationale	Libellé de la spécialité pharmaceutique	Laboratoire exploitant ou titulaire de l'autorisation d'importation	Tarif (HT) maximal de responsabilité par UCD (en €)	Date de fin de prise en charge (au plus tard)
3400890018418	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL50ML 1	CEVIDRA	137,50 €	31/12/2023
3400890010467	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL100ML 1	CEVIDRA	275,00 €	31/12/2023
3400890010481	Immunoglobuline Humaine Normale	IG VENA 50MG/ML PERF FL200ML 1	CEVIDRA	550,00 €	31/12/2023

3400890011587	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 20 ml	BIOTEST AG	55,00 €	31/12/2023
3400890011617	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 50 ml	BIOTEST AG	137,50 €	31/12/2023
3400890011570	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 100 ml	BIOTEST AG	275,00 €	31/12/2023
3400890011600	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 50 g/l, solution pour perfusion en flacon de 200 ml	BIOTEST AG	550,00 €	31/12/2023
3400890011532	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 10 ml	BIOTEST AG	55,00 €	31/12/2023
3400890011563	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 50 ml	BIOTEST AG	275,00 €	31/12/2023
3400890011549	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 100 ml	BIOTEST AG	550,00 €	31/12/2023
3400890011556	Immunoglobuline Humaine Normale	INTRATECT 100 g/l, solution pour perfusion en flacon de 200 ml	BIOTEST AG	1 100,00 €	31/12/2023
3400890022279	Immunoglobuline Humaine Normale	HUMAGLOBIN LIQ 50G/L FL100ML 1	LFB BIOMEDICAMENTS	275,00 €	31/12/2023
3400890022286	Immunoglobuline Humaine Normale	HUMAGLOBIN LIQ 50G/L FL200ML 1	LFB BIOMEDICAMENTS	550,00 €	31/12/2023

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/122 du 25 avril 2022 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation permettant la réalisation de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2212687J (numéro interne : 2022/122)
Date de signature	25/04/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de l'expérimentation permettant la réalisation de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie.
Commande	Accompagner l'expérimentation d'équipes mobiles de néonatologie au domicile des nouveau-nés.
Action à réaliser	Accompagner l'élaboration des projets et donner un avis sur les candidatures présentées à l'appel à projets national.
Echéance	14 septembre 2022 au plus tard pour transmission des projets accompagnés d'un avis de l'agence régionale de santé (ARS).
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau R3 Personne chargée du dossier : Frédérique COLLOMBET-MIGEON Tél. : 01 40 56 53 82 Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe(s)	5 pages.
Résumé	Dans un contexte d'augmentation du nombre de nouveau-nés prématurés et dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des familles de ces enfants hospitalisés souvent sur de longues durées, cette expérimentation vise à permettre un retour précoce des nouveau-nés prématurés à leur domicile, en lien avec l'intervention « hors les murs hospitaliers » d'une équipe mobile de néonatologie.
Mention Outre-mer	La présente instruction s'applique aux Outre-mer.
Mots-clés	Nouveau-nés, néonatologie, équipes mobiles.

Classement thématique	Etablissements de santé : organisation
Textes de référence	- Décret n° 2022-524 du 11 avril 2022 relatif à la réalisation à titre expérimental de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie ; - Arrêté du 14 avril 2022 déterminant la composition et les modalités de transmission du dossier de candidature à l'expérimentation permettant la réalisation de soins de néonatologie au domicile des patients par des unités de néonatologie en application du décret n° 2022-524 du 11 avril 2022 et la composition du rapport d'activité annuel attendu des établissements de santé qui participent à cette expérimentation.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé autorisés à l'activité de néonatologie.
Validée par le CNP le 29 avril 2022 - Visa CNP 2022-66	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui

Près de 60 000 enfants naissent chaque année de façon prématurée et suivent un parcours de prise en charge en unité spécialisée (réanimation néonatale, soins intensifs puis médecine néonatale), dans le cadre d'hospitalisations parfois de longue durée qui induisent une séparation prolongée du nouveau-né et de sa famille, source potentielle de dys-stimulations, de troubles développementaux et sensoriels précoces voire de troubles de l'attachement parent-enfant.

Dans la continuité des travaux relatifs aux mille premiers jours de l'enfant, annoncés par le Secrétaire d'Etat en charge de l'enfance et des familles le 9 octobre 2020, la réalisation à titre expérimental de soins de néonatologie au domicile des nouveau-nés par les structures autorisées à l'activité de néonatologie, organisée par le décret n° 2022-524 du 11 avril 2022, doit permettre de réduire les durées de séjour concernées grâce à une prise en charge spécialisée à domicile, et de favoriser le développement des compétences parentales le plus précocement possible. Elle permettra de diversifier le panel des organisations proposant une prise en charge spécialisée à domicile pour les nouveau-nés prématurés, sur un modèle déjà mis en place par des pays européens comparables et qui montre des résultats positifs en termes de bien-être des patients et de leur entourage[1].

L'organisation, dérogatoire au cadre d'autorisation des activités de néonatologie et distincte de l'organisation des activités d'hospitalisation à domicile, sera testée pendant trois ans à compter de la sélection nationale qui sera opérée et qui prendra en compte notamment la qualité des projets, leur adéquation au cadrage national, leur degré de maturité, l'importance des besoins locaux ainsi que la diversité des régions représentées. Les éléments d'évaluation réunis permettront de statuer sur l'intérêt de la pérennisation du dispositif.

La présente instruction précise le cadre de mise en place de l'expérimentation au niveau local.

[1] La Norvège et la Suède ont mis en place depuis longtemps ce type d'organisation.

1°) La cible populationnelle et le dimensionnement des projets

Les candidatures des équipes souhaitant intégrer l'expérimentation nationale devront recueillir l'avis préalable de l'agence régionale de santé (ARS) correspondant à leur territoire. Dans ce cadre, ainsi que dans l'accompagnement que vous apporterez aux projets, vous veillerez au respect par leurs porteurs des points suivants :

i) La cible populationnelle visée

Le dispositif expérimental s'adresse aux nouveau-nés prématurés sortant de l'unité de néonatologie de l'établissement concerné. L'expérimentation répond en effet au constat que si l'environnement hospitalier est essentiel au début de séjour de ces nouveau-nés, les besoins de ces derniers s'allègent au fil du parcours et la surveillance ainsi que certaines prises en charge ne nécessitent plus obligatoirement un environnement hospitalier ce qui rend possible la prise en charge de ces nouveau-nés à domicile dans un cadre adapté.

ii) Le périmètre géographique des projets

Les textes réglementaires définissant les conditions d'intervention des équipes mobiles expérimentales de néonatologie ne précisent pas de limite géographique à leur intervention, considérant que celle-ci relève de paramètres locaux tels que la densité d'habitation ou les conditions de circulation. Vous veillerez néanmoins à ce que les projets ne prévoient pas un périmètre d'intervention trop vaste qui présenterait l'inconvénient de limiter le temps de présence des équipes au domicile et d'accroître le délai en cas de besoin de consultation ou de prise en charge urgente dans l'unité de néonatologie.

iii) La « masse critique » des projets et les types de structures éligibles

L'expérimentation est soutenue via un financement fonds d'intervention régional (FIR) d'un montant total de 2,6 M€. Dans ce cadre, les équipes retenues au titre de la sélection nationale recevront un financement annuel de la part de l'ARS. Sur la base de l'hypothèse du fonctionnement de six places à domicile, bénéficiant d'interventions de l'équipe mobile tous les jours de l'année et de façon graduée selon les besoins des nouveau-nés (les expériences préalables permettant d'évaluer ce besoin entre une et deux interventions journalières), le besoin de financement s'établit à environ 260 000 €.

Dans l'hypothèse où la durée moyenne des prises en charge s'établirait à sept jours, l'équipe serait ainsi en situation de répondre aux besoins d'une cohorte de 300 à 350 patients environ par an. Les projets émanant des services de néonatologie et le cas échéant, en « amont » de ceux-ci, de services de soins intensifs de néonatologie et de réanimation néonatale, devront par conséquent disposer d'une activité annuelle suffisante pour identifier chaque année un tel volume de nouveau-nés éligibles au dispositif.

Les maternités de type IIa, disposant uniquement d'une unité de néonatologie, ne doivent pas être exclues a priori des candidatures à l'expérimentation. On peut néanmoins penser que le profil des nouveau-nés qui y sont suivis – moins lourd que celui des nouveau-nés pris en charge dans les unités de néonatologie des maternités de type IIb ou III – ne les conduira que rarement à réunir une file active suffisante pour occuper les 4 à 6 places prévues par projet. La situation parfois fragile des effectifs de pédiatres de ces unités devra également être prise en considération. C'est par conséquent la situation locale des unités concernées qui devra orienter votre avis favorable ou défavorable à leur candidature.

2°) L'insertion territoriale des projets

i) La collaboration avec les intervenants hospitaliers et de ville

Les équipes mobiles ont vocation à intervenir dans une logique de complémentarité et non de substitution avec les autres acteurs du parcours des nouveau-nés. Elles ont pour objectif d'organiser la transition entre l'hospitalisation du nouveau-né en service spécialisé et son retour à domicile qui implique nécessairement différents acteurs : pédiatre de ville, équipe de la protection maternelle et infantile, sages-femmes intervenant en post accouchement, etc. Vous serez attentifs à ce que cette collaboration soit effectivement prévue dans la conception des projets. A titre d'exemple, celle-ci pourra se traduire par l'élaboration concertée du projet de soins du nouveau-né entre le pédiatre coordonnateur de l'équipe mobile expérimentale, le pédiatre référent de l'unité de néonatologie et le médecin traitant du nouveau-né.

Pour faciliter cette coopération, l'interopérabilité du système d'information mis en place pour l'activité de l'équipe mobile expérimentale avec ceux de ses principaux partenaires, notamment hospitaliers, est un objectif souhaitable, qui permettra de faciliter la communication des informations indispensables à la prise en charge des nouveau-nés.

ii) Le cas particulier de la collaboration avec les structures d'hospitalisation à domicile

En matière de constitution des projets d'équipes mobiles de néonatologie :
Lorsque des structures d'hospitalisation à domicile existent sur le territoire desservi par un projet d'équipe mobile expérimentale, ces structures doivent être nécessairement associées en amont de l'élaboration des projets, afin d'assurer la cohérence des dispositifs mis en place au bénéfice de la prise en charge des nouveau-nés à domicile. Vous veillerez dans cet objectif à ce que les unités de néonatologie portant un projet d'équipe mobile expérimentale aient pris au préalable l'attache des structures d'hospitalisation à domicile locales, lorsqu'elles existent.

En matière d'articulation des deux dispositifs en fonctionnement :
Nous rappelons qu'à compter de l'entrée en vigueur du nouveau régime d'autorisation d'hospitalisation à domicile (HAD)[2], les structures d'HAD disposant d'une mention spécifique « enfants de moins de trois ans » pourront organiser la prise en charge des nouveau-nés à domicile dans un cadre juridique renouvelé, incluant la possibilité d'une coordination étroite avec les services de néonatologie. En application d'une convention les liant, les unités de néonatologie et les équipes d'HAD pourront organiser conjointement la réalisation des soins et leur continuité.

Dans le cadre de l'actuel comme du prochain régime d'autorisation d'HAD, la collaboration entre l'équipe mobile expérimentale et l'HAD éventuellement présente sur le même territoire sera importante pour assurer la fluidité des séquences successives des parcours et organiser en particulier, pour les cas le nécessitant, le relai de l'HAD lorsque le nouveau-né ne relève plus d'une prise en charge à domicile par l'équipe mobile expérimentale. En revanche, l'intervention concomitante de l'équipe mobile expérimentale et de la structure d'HAD ne sera pas possible pour une séquence particulière du parcours d'un même nouveau-né.

[2] En application du décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile.

3°) L'évaluation de l'expérimentation

L'expérimentation vise à évaluer la pertinence d'un modèle d'organisation qui déroge aux règles actuelles d'autorisation de l'activité de néonatologie, définies notamment par l'article R. 6123-48 du code de la santé publique, en organisant l'intervention des personnels de l'unité de néonatologie hors des installations hospitalières prévues pour cette activité.

L'évaluation de l'expérimentation prendra en compte à la fois les résultats de santé des nouveau-nés pris en charge dans ce cadre, l'efficience des organisations au regard des moyens déployés et la satisfaction des professionnels et des familles.

Elle sera notamment alimentée par les rapports annuels d'activité des équipes, dont la composition est fixée par l'arrêté du 14 avril 2022 et qui vous seront obligatoirement adressés.

Les éléments réunis au titre de l'évaluation du dispositif contribueront à statuer sur l'éventuelle pérennisation du dispositif dérogatoire à l'issue de la phase expérimentale.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTÉRIELLE N° DSS/2A/DB/2022/125 du 26 avril 2022 relative à la prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français

Le ministre des solidarités et de la santé
Le ministre délégué auprès du ministre de l'économie,
des finances et de la relance, chargé des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour diffusion)

Référence	NOR : SSAS2212717N (numéro interne : 2022/125)
Date de signature	26/04/2022
Emetteurs	Ministère de l'économie, des finances et de la relance Ministère des solidarités et de la santé Direction de la sécurité sociale
Objet	Prise en charge des frais de santé des ressortissants étrangers en situation irrégulière sur le territoire français.
Contact utile	Sous-direction de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail Bureau de l'accès aux soins et des prestations de santé Sara DONATI Mél. : sara.donati@santé.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	9 pages + 3 annexes (5 pages) Annexe 1 – Demande d'élection de domicile Annexe 2 – Attestation d'élection de domicile Annexe 3 – Demande préalable de prise en charge dérogatoire au titre de l'Aide Médicale de l'Etat
Résumé	La présente note d'information précise les modalités de prise en charge des frais de santé des personnes en situation irrégulière à la suite des mesures législatives et réglementaires entrées en vigueur en 2020 et 2021.
Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état dans les départements de Guadeloupe, Martinique, Guyane et la Réunion, ainsi que dans les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy.
Mots-clés	Aide médicale de l'Etat (AME), soins urgents, étrangers.
Classement thématique	Assurance maladie, maternité, décès.

Textes de référence	- Décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des lois d'assistance ; - Décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'aide médicale de l'Etat ; - Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ; - Décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ; - Décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat ; - Circulaire n° DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ; - Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005 relative à l'aide médicale de l'État ; - Circulaire n° DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ; - Instruction n° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturattion des soins urgents ; - Instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements et professionnels de santé, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), centres de santé, unions régionales des professionnels de santé libéraux (URPS), associations.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 mai 2022 – N° 57	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Cette note d'information précise les règles de prise en charge des frais de santé des personnes en situation irrégulière compte tenu :

- des mesures portées par l'article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020 ;
- des dispositions définies dans le décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ;
- du décret n° 2020-1325 du 30 octobre 2020 relatif à l'aide médicale de l'Etat et aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence régulière en France ;
- du décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat.

1. Règles de prise en charge des soins dispensés aux personnes en situation irrégulière

Les personnes en situation irrégulière au regard de la législation du droit au séjour en France peuvent bénéficier de l'aide médicale de l'Etat (AME), délivrée sous condition de résidence et de ressources[1]. Depuis le 1er janvier 2020, les personnes souhaitant bénéficier de l'AME doivent justifier de trois mois de résidence irrégulière en France.

Par exemple : une personne entrée en France avec un visa touristique autorisant un séjour en France de 90 jours, ne pourra prétendre à l'AME qu'à partir de 180 jours (6 mois) de résidence en France.
Les ressortissants européens qui ont le droit de circuler librement sont considérés en situation régulière durant les trois premiers mois sur le territoire français. A l'issue de cette période, ceux qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier de l'assurance maladie et qui sont considérés comme étant en situation irrégulière (en particulier les ressortissants inactifs qui ne disposent pas de ressources suffisantes) doivent attendre trois mois supplémentaires pour pouvoir être éligibles à l'AME.

Ces conditions ne s'appliquent pas aux mineurs en application de la convention internationale des droits de l'enfant et ainsi que rappelé par la décision du Conseil d'Etat du 7 juin 2006[2]. Ainsi et tel que prévu par la circulaire n° DSS/2A/2011/351 du 8 septembre 2011 relative à des points particuliers de la réglementation de l'AME (paragraphe A. 2-2. Droits des mineurs), pour un mineur dont les parents sont en situation irrégulière, une demande d'AME doit être faite sans délai au nom du foyer. Si les parents ne sont pas éligibles à l'AME, le droit sera accordé alors uniquement au mineur.

De même, pour une personne se présentant comme un mineur non accompagné et dont la minorité est en cours d'évaluation, lorsqu'une prise en charge financière des soins s'avère nécessaire, notamment en cas d'hospitalisation ou de délivrance de médicaments, une demande d'AME doit être effectuée sans délai (paragraphe B. 2-2. Droits des mineurs de ladite circulaire).

[1] Les ressources du foyer du demandeur doivent être inférieures au plafond annuel de la Complémentaire santé solidaire sans participation financière, qui varie selon la composition du foyer, disponible ici sur le site ameli.fr ou sur le site complementaire-sante-solidaire.gouv.fr ici.
[2] Décision du Conseil d'Etat n° 2855766.

Les personnes en situation irrégulière qui se voient refuser l'AME, peuvent être prises en charge au titre du dispostif des « soins urgents » mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. D'après la circulaire n° DHOS/DSS/DGAS/2005/141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat, ce dispositif permet la prise en charge des soins réalisés en établissement hospitalier, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, ainsi que les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie, les soins de la femme enceinte et du nouveau-né.

2. Modalités de prise en charge des soins au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME)

2.1 Dépôt de la demande d'AME[3]

Les personnes demandant le bénéfice de l'AME pour la première fois doivent déposer leur dossier à l'accueil de l'organisme d'assurance maladie de leur lieu de résidence, sauf lorsqu'elles sont prises en charge en établissement de santé ou par une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), auquel cas l'établissement ou la PASS doit transmettre directement la demande à la caisse concernée sous 8 jours.

En application du décret n° 2021-1152 du 3 septembre 2021 relatif aux modalités de dépôt des premières demandes d'aide médicale de l'Etat, les premières demandes d'AME peuvent être déposées auprès de centres de santé, de maisons de santé ou d'associations, accompagnant des personnes en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits et leur permettant d'accéder, en lien avec des professionnels de santé partenaires, à des soins de premier recours, qui sont pris en charge dès l'attribution de leurs droits. Pour pouvoir réceptionner ces premières demandes d'AME, ces structures doivent avoir établi une convention à cet effet avec une caisse primaire d'assurance maladie et être soutenues par une agence régionale de santé.

Enfin, les personnes demandant l'AME pour la première fois peuvent également déposer leur dossier au sein d'une maison France services habilitée, qui doit transmettre la demande d'AME à la caisse dans un délai de 8 jours maximum.

Outre les personnes déposant une demande d'AME pour la première fois, sont également concernées par cette règle, les personnes qui déposent un nouveau dossier plus de deux ans après le dépôt d'un précédent dossier.

Ces modalités de dépôt du dossier de première demande d'AME ne s'appliquent ni aux mineurs isolés, ni aux personnes à mobilité réduite, ni aux personnes sous tutelle ou curatelle :

- La première demande du mineur isolé peut être déposée ou envoyée à l'organisme d'assurance maladie par toute structure de prise en charge ou d'accompagnement de ces personnes, ou association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ;
- La première demande d'AME des personnes à mobilité réduite peut être déposée dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un justificatif de la situation ou une attestation sur l'honneur doit être fourni ;

[3] Article L252-1 et D 252-2 du code de l'action sociale et des familles.

– Pour un demandeur placé sous un régime de tutelle ou de curatelle, le tuteur ou curateur peut déposer la première demande d'AME dans les conditions prévues pour le renouvellement. Un extrait du jugement de tutelle /curatelle doit être fourni.

Pour rappel, en cas de renouvellement de la demande d'AME, le dossier peut être envoyé par courrier ou déposé auprès de la caisse d'assurance maladie, de l'établissement de santé dans lequel le demandeur est pris en charge, d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale ou des services sanitaires et sociaux du lieu de résidence, ou des associations ou organismes à but non lucratifs agréés à cet effet.

2.2 Précisions sur la constitution du dossier de demande d'AME

Cas particulier des personnes sans adresse de domiciliation déclarée

Pour les personnes sans adresse de domiciliation déclarée, l'absence de domiciliation ne constitue pas à un obstacle à l'envoi de la demande, à condition de renseigner une adresse à laquelle cette personne peut être contactée par la caisse. Il importe en effet de pouvoir transmettre les demandes dans les meilleurs délais, car la date de la demande détermine en effet la date d'ouverture des droits, y compris en cas de prise en charge rétroactive.

La demande d'élection de domicile (Annexe 1) doit ainsi être effectuée parallèlement à la transmission du dossier à la caisse. Une copie de l'attestation de domiciliation (Annexe 2) sera ensuite transmise à la caisse dès réception, au plus tard dans un délai de deux mois suivant la demande de prise en charge. En cas d'absence de réponse de l'organisme domiciliataire pendant cette période, la copie de la demande d'élection de domicile pourra être adressée à la caisse afin d'attester des démarches entreprises. Un délai supplémentaire d'un mois sera alors accordé pour la complétude du dossier.

Il est rappelé par ailleurs qu'en application de l'article D. 264-9 du code de l'action sociale et des familles, les personnes hébergées de manière stable au sein des établissements de santé et autres organismes mentionnés à cet article[4], qui peuvent y recevoir leur courrier, sont réputées y être domiciliées sans que l'organisme n'ait besoin d'obtenir un agrément à ce titre. En revanche, l'agrément de l'établissement de santé est nécesaire pour les personnes non hospitalisées qui le fréquentent et souhaitent y être domiciliées.

Cas particulier des patients nécessitant une prise en charge urgente

Conformément à la circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2005-407 du 27 septembre 2005, lorsqu'un certificat médical, établi par un médecin (de ville ou hospitalier) et faisant état d'une pathologie exigeant une prise en charge médicale et un traitement rapides sous peine d'aggravation, est joint à la demande d'AME, le dossier doit être instruit en priorité. Les caisses primaires doivent veiller à bien signaler ces priorités aux pôles centralisateurs d'intruction des demandes d'AME, afin que le délai de traitement puisse être adapté à l'urgence de la situation.

[4] Organismes à but non lucratif qui mènent des actions contre l'exclusion ou pour l'accès aux soins, établissements et services sociaux et médico-sociaux, organismes d'aide aux personnes âgées, centres d'hébergement d'urgence, services sociaux départementaux.

2.3 Date d'effet de l'AME et possibilité de prise en charge rétroactive

L'AME est accordée pour une période d'un an, à compter de la date de dépôt du dossier de demande d'AME.

Lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME peut prendre effet au jour d'entrée dans l'établissement ou de la date de soins. Pour bénéficier d'une prise en charge rétroactive, le patient doit remplir les conditions d'attribution de l'AME au moment des soins et transmettre sa demande d'AME dans un délai de 90 jours à compter du jour de sortie de l'établissement ou de la date des soins. Le délai de rétroactivité de l'AME, auparavant de 30 jours, est en effet porté à 90 jours depuis le 1er janvier 2021.

Cas particulier des personnes dont les droits à l'assurance maladie sont fermés pour défaut de régularité du séjour

En vertu de l'article R. 111-4 du code de la sécurité sociale, les personnes qui ne sont pas ressortissants d'un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse bénéficient d'un maintien de droits à la protection universelle maladie (PUMa) durant 6 mois à compter de la date de fin de validité de leur titre de séjour. A la fin de cette période, si elles n'ont pas transmis un nouveau justificatif de séjour, elles reçoivent une notification de la caisse les informant de la fermeture de leurs droits dans un délai de 45 jours.

Ces personnes, qui ne peuvent plus bénéficier de la PUMa pour défaut de régularité de séjour, peuvent déposer une demande d'AME avant la fermeture effective de leur droits à la PUMa durant la période de 45 jours à compter de la notification de la fermeture de leurs droits PUMa. En cas d'accord, les droits à l'AME sont ouverts au lendemain de la date de fermeture des droits à la PUMa.

2.4 Remise de la carte d'admission à l'AME

En application de l'article 2 du décret n° 2005-860 du 28 juillet 2005 relatif aux modalités d'admission des demandes d'AME, la carte d'admission à l'AME est remise en mains propres au bénéficiaire.

Toutefois, ce décret prévoit aussi la possibilité d'adresser la carte par voie postale, en cas d'empêchement du bénéficiaire. Ainsi, la caisse peut envoyer la carte par voie postale, à la demande du bénéficiaire dans les situations suivantes :

- Personne à mobilité réduite ;
- Personne sous tutelle ou curatelle ;
- Mineur non accompagné ;
- Personne dont l'état de santé interdit tout déplacement (hospitalisation, soins palliatifs…) ;
- Personne ayant changé de département de résidence entre le dépôt de la demande et le retrait de la carte.

Un justificatif de la situation d'empêchement pourra être demandé selon les cas : certificat médical, justificatif de mobilité réduite ou tutelle (la situation de mineur isolé ou de déménagement est en principe enregistrée par les caisse dans les dossiers des assurés).

2.5 Instauration d'un délai d'ancienneté à l'AME pour la prise en charge de certains soins programmés

Pour les personnes majeures, dont le droit à l'AME débute à compter du 1er janvier 2021, la prise en charge de certains frais de santé est conditionnée à un délai d'ancienneté du bénéfice de l'AME de 9 mois.

Les prestations concernées par la condition d'ancienneté sont définies à l'article R. 251-3 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit de prestations programmées qui ne présentent pas un caractère d'urgence :

- Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumas, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées :
  a) libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien ;
  b) libérations du médian au canal carpien ;
  c) interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie ;
  d) allogreffes de cornée ;
  e) interventions sur le cristallin avec trabéculectomie ;
  f) rhinoplasties ;
  g) pose d'implants cochléaires ;
  h) interventions de reconstruction de l'oreille moyenne ;
  i) interventions pour oreilles décollées ;
  j) prothèses de genou ;
  k) prothèses d'épaule ;
  l) prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents ;
  m) interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents ;
  n) interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale ;
  o) gastroplasties pour obésité ;
  p) autres interventions pour obésité ;

- Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :
  a) les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières citées ci-dessus ;
  b) les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières citées ci-dessus.

Modalités d'appréciation du délai d'ancienneté

Le délai de 9 mois se décompte à partir de la date de la première attribution d'AME. Toutefois, lorsque le droit a expiré et qu'une période de plus deux ans s'est écoulée depuis la précédente admission, le délai de 9 mois court à partir de la nouvelle attribution à l'AME.

Le respect de ce délai d'ancienneté par les professionnels de santé suppose qu'ils puissent connaître l'historique des droits à l'AME. Ainsi pour faciliter l'application de ces mesures, les cartes AME mentionnent, en plus des dates de début et fin des droits AME, un code contrat permettant de vérifier que les droits en cours font suite ou non à un renouvellement d'AME :

- Code contrat 04 pour une première attribution de l'AME ou si une nouvelle période d'AME est ouverte plus de un an après la fin de la précédente ;
- Code contrat 05 pour un renouvellement sans interruption entre deux périodes ;
- Code contrat 06 pour une nouvelle attribution d'AME faisant suite à une précédente avec interruption de un an ou moins.

Ainsi, un professionnel de santé à qui est présentée une carte AME délivrée à partir du 1er janvier 2021 et portant les codes contrat 05 ou 06 est assuré que la condition d'ancienneté est respectée. En présence d'un code 04, l'ancienneté des droits à l'AME s'apprécie à partir de la date de début de droits figurant sur la carte et peut aussi être vérifiée dans ADRi/ CRDi[5]. Si les droits à l'AME ont débuté depuis moins de 9 mois à la date envisagée de réalisation des prestations, le professionnel doit soit reporter les soins, soit adresser une demande d'accord préalable.

Dérogation au délai d'ancienneté

Par dérogation, lorsque l'absence de réalisation des prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne, leur prise en charge est accordée après accord préalable du service du contrôle médical.

La demande prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'AME est réalisée sur un formulaire spécifique (Annexe 3) par le prescripteur qui l'envoie par voie dématérialisée au service médical, via une messagerie sécurisée, à l'adresse suivante : ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr.

L'avis du service médical est transmis au professionnel de santé par le même canal de messagerie sécurisée qui le tient à disposition du bénéficiaire. L'absence de réponse du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge. L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

Si les soins visés sont par ailleurs subordonnés à l'accord préalable du service du contrôle médical en application de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale[6], il est nécessaire de procéder aux deux demandes simultanément. La prise en charge est alors subordonnée aux deux accords du service du contrôle médical.

[5] Acquisition des DRoits intégrée / Consultation des DRoits intégrée

[6] Les soins nécessitant un accord préalable pour la prise en charge par la protection universelle maladie le sont également pour la prise en charge par l'AME.
Il s'agit de prestations dont la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical, de prestations dont le caractère est innovant ou comporte des risques pour le patient et de prestations particulièrement coûteuses exigeant un suivi et une étude d'impact pour les dépenses de l'assurance maladie. Les demandes d'accord préalable peuvent ainsi porter sur différents types de prestations comme une rééducation pour entorse externe récente de la cheville (à partir de la 11e séance), les transports de longue distance (plus de 150 km aller), etc

3. Modalités de prise en charge au titre des soins urgents

Il est rappelé que lorsque les personnes en situation irrégulière ne peuvent s'ouvrir des droits à l'AME, elles peuvent bénéficier de la prise en au titre des soins urgents mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

La facturation au titre des soins urgents est conditionnée à un refus préalable d'AME motivé par le fait que la personne, bien qu'en situation irréguliére ne remplit pas les conditions de résidence irrégulière depuis 3 mois sur le sol français et/ou de ressources pour bénéficier de l'AME[7].

Toutefois, l'instruction n° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants (paragraphe 2.b « Les soins urgents ») précise que *« le silence gardé pendant plus de deux mois par la CPAM saisie d'une demande d'AME vaut rejet implicite, permettant l'imputation des frais sur le dispositif des soins urgents ».* Elle comporte par ailleurs un modèle d'attestation sur l'honneur que l'établissement peut utiliser s'il n'est pas en mesure de joindre à la demande d'AME les justificatifs d'identité et de résidence en France de la personne ou son attestation de domiciliation en cas d'absence d'adresse.

L'attention des établissements est attirée sur la prise en charge des femmes enceintes en situation irrégulière sans couverture maladie. Lorsque celles-ci se présentent en établissement de santé pour un suivi de grossesse, aux urgences générales ou en service de gynécologie-obstétrique-maternité, une demande de prise en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME) doit être effectuée par l'établissement auprès de la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence de la personne ou la caisse de l'adresse de la demande de domiciliation, en signalant le besoin rapide de soins. Si la caisse émet un refus d'AME, les consultations et examens entrant dans le cadre du suivi de grossesse pourront ainsi être dispensés à cette personne, et facturés au titre des soins urgents selon les modalités définies par l'instruction mentionnée ci-dessus.

Par ailleurs, depuis le 1er janvier 2020, les demandeurs d'asile qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie en raison du délai de carence de trois mois peuvent également bénéficier des soins urgents. Comme cela est précisé dans la note d'information N° DSS/2A/2020/43 du 27 février 2020, pour obtenir le règlement de ces frais, l'établissement hospitalier doit adresser à la caisse d'assurance maladie la facture des soins accompagnée de la copie de l'attestation de demande d'asile (ADA). Dans cette situation, le refus préalable à l'AME n'est pas requis.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

signé

Franck VON LENNEP

[7] Instruction N° DSS/1A/2015/76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents.

Annexe 1

cerfa

16029*01

DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

☐ Mme ☐ M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Lieu de naissance : _____

Nom(s), prénom(s) et date de naissance des ayants droit:

Numéro de téléphone: _____

Courriel: _____

☐ 1ère demande ☐ Renouvellement

Numéro d'usager (réservé à l'organisme domiciliataire): _____

Demande à élire domicile auprès de l'organisme suivant : (à compléter par l'organisme)

Nom de l'organisme : _____

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction): _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément: _____

Adresse postale: _____

Courriel: _____

Téléphone: _____

Fait à _____ le 1 2 1 0 2 0 2 1

Je certifie l'exactitude de l'ensemble des éléments apportés en vue de la délivrance de cette attestation et m'engage à signaler immédiatement à l'organisme procédant à l'élection de domicile tout changement modifiant cette déclaration.

SIGNATURE DU DEMANDEUR

Fait à _____ le 1 2 1 0 2 0 2 1

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Le cachet de l'organisme fait office d'accusé de réception.

Tout organisme de domiciliation a obligation d'accuser réception de la demande, de proposer un entretien au demandeur et de notifier la décision d'accord ou de refus motivée à la demande dans un délai maximum de deux mois.

PROPOSITION D'ENTRETIEN

Vous êtes convoqué à un entretien le : |__|__|__|__|__|__|__|__| à __ h __

avec : _____

à l'adresse suivante : _____

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (article 441-1 et suivants du code pénal). La loi punit également quiconque utilise une fausse identité ou un document administratif destiné à l'autorité publique (article 433-19 du code pénal). La loi 78-17 du 06/01/1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données apportées dans ce document. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme domiciliataire. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique. Les données issues de ce formulaire seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

DÉCISION RELATIVE A LA DEMANDE D'ÉLECTION DE DOMICILE

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

☐ Mme ☐ M.

Nom(s) : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Lieu de naissance : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME DOMICILIATAIRE

Nom de l'organisme : _____

Numéro d'agrément: _____

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément: _____

DÉCISION

Votre demande est: ☐ acceptée ☐ refusée

Si applicable*, élection de domicile effectuée au titre de la commune ou de l'arrondissement: _____

Motif en cas de refus:

Orientation proposée:

Fait à _____ le |1|2|1|0|2|0|2|1|

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

Voies et délais de recours : Dans un délai de deux mois à compter de sa notification, la présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de l'autorité hiérarchique (maire, président du CCAS/CIAS ou directeur/président de l'organisme agréé) ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif dans le ressort duquel se situe l'organisme.

*Si l'organisme domiciliataire est un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) ou un centre communal d'action sociale (CCAS) dont la commune est divisée en arrondissements.

Annexe 2

cerfa
16030*01

ATTESTATION D'ÉLECTION DE DOMICILE

Décret n° 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

☐ Mme ☐ M.

Nom(s) : ____

Prénom(s) : ____

Date de naissance : __/__/____ Lieu de naissance : ________________________

Nom(s), prénom(s) et date de naissance des ayants droit:

____

____

____

A élu domicile auprès de l'organisme suivant :

Nom de l'organisme : ____

Si applicable*, élection de domicile effectuée au titre de la commune ou de l'arrondissement : ____________________

Responsable de l'organisme (Nom, Prénom, Fonction) : ______________________________

Si organisme agréé, préfecture ayant délivré l'agrément : __________________________

Numéro d'agrément : ____

Adresse postale : ____

Courriel : ____

Téléphone : ____

Son adresse postale est la suivante :

Nom(s) : ______________________ Prénom(s) : ___________________________

____

____

____

DURÉE DE L'ATTESTATION

L'élection de domicile est accordée pour une durée d'un an.

Date de validité de l'attestation : __/__/____ au __/__/____

Il est recommandé de demander le renouvellement de l'élection de domicile au moins deux mois avant sa date d'échéance.

Date de première domiciliation au sein de l'organisme : __/__/____

Fait à _______________ le __/__/__

SIGNATURE ET CACHET DE L'ORGANISME

*Si l'organisme domiciliataire est un centre intercommunal d'action sociale (CIAS) ou un centre communal d'action sociale (CCAS) dont la commune est divisée en arrondissements.

cerfa
52339#01

Annexe 3

Demande préalable de prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)

(Articles L.251-2 et R.251-3 à R.251-5 du code de l'action sociale et des familles)

Notice

La prise en charge de certains soins programmés **non urgents** des bénéficiaires majeurs de l'Aide Médicale de l'Etat est soumise à un délai d'ancienneté de 9 mois de bénéfice dans le dispositif.

Toutefois, dans les situations où la pathologie du patient nécessite une intervention qui ne saurait attendre l'expiration du délai de 9 mois, l'avis préalable du service médical de l'Assurance Maladie doit être sollicité par les médecins prescripteurs.

Modalités de calcul du délai d'ancienneté

Ce délai de 9 mois se décompte à partir de la date de la première attribution d'AME pour le bénéficiaire majeur. Toutefois, l'interruption de droits sur une période de plus de deux ans, à compter de la dernière admission ou du dernier renouvellement fait à nouveau courir le délai de 9 mois.

Le respect de ce délai d'ancienneté par les professionnels est apprécié à partir des éléments présents sur la carte et des codes contrats associés.

Le présent formulaire n'est à établir que pour les soins programmés non urgents des bénéficiaires majeurs présentant une carte mentionnant le code contrat n° 4 et dont le délai de 9 mois à partir de la date d'attribution n'est pas échu à la date des soins.

Définition des soins soumis au délai d'ancienneté

Le soins soumis sont définis à l'article R.251-3 du code de l'action sociale et des familles, ce sont :

1° Les prestations réalisées en établissement de santé liées à des pathologies non sévères (16 actes) :
Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien, libérations du médian au canal carpien, interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, allogreffes de cornée, interventions sur le cristallin avec trabéculectomie, rhinoplasties, pose d'implants cochléaires, inverventions de reconstruction de l'oreille moyenne, interventions pour oreilles décollées, prothèses de genou, prothèses d'épaule, prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents, interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents, inteventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale, gastroplasties pour obésité, interventions digestives autres que les gastroplasties, pour obésité.

2° Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants :
- les transports sanitaires en lien avec les prestations hospitalières mentionnées au 1° ;
- les actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à des prestations hospitalières mentionnées au 1°.

Traitement des demandes

Cette procédure d'accord préalable à la prise en charge dérogatoire est prévue lorsque l'absence de réalisation de ces prestations avant l'expiration du délai de 9 mois est susceptible d'avoir des conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personne.

Le présent formulaire est rempli par le prescripteur et adressé au service médical compétent par voie dématérialisée à l'adresse dédiée suivante :

ame.derogatoire@cnam-sm.mssante.fr

L'avis du service médical est transmis au prescripteur à l'adresse électronique qu'il a utilisée pour effectuer son envoi. Il est mis à disposition du bénéficiaire par le prescripteur.

L'avis défavorable du service médical vaut refus de prise en charge.

L'absence d'avis du service médical dans les 15 jours à compter de la réception de la demande complète vaut accord de prise en charge.

Si les soins visés sont par ailleurs subordonnés à l'accord préalable du service du contrôle médical en application de l'article L.315-2 du code de la sécurité sociale, il est nécessaire de procéder aux deux demandes simultanément. La prise en charge sera subordonnée aux deux accords du service du contrôle médical.

cerfa
16122*01

Demande préalable de prise en charge dérogatoire de certains soins programmés non urgents au titre de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)

(Articles L.251-2 et R.251-3 à R.251-5 du code de l'action sociale et des familles)

Volet à adresser au service médical
Date de réception

Personne majeure recevant les soins

Personne recevant les soins *(c'est à dire le titulaire de la carte AME)*

Nom et prénom(s)
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

nom et n° du centre de paiement

Date de naissance

Numéro d'immatriculation ou d'AME

Droits AME

Période d'ouverture de droit : du **au**

Code contrat 04 : oui ☐

En pratique, la vérification du délai d'ancienneté de 9 mois n'est exigée que dans les cas où le code contrat 04 est renseigné sur la carte AME.

Soins programmés non urgents

1. **Les prestations en établissement de santé liées aux pathologies non sévères suivantes, lorsqu'elles ne concernent pas des traumas, fractures, brûlures, infections, hémorragies, tumeurs suspectées ou avérées** ***(cochez la case correspondante) :***

	Racine de GHM code	Libéllé de l'acte
☐	01C14	Libérations de nerfs superficiels à l'exception du médian au canal carpien
☐	01C15	Libérations du médian au canal carpien
☐	02C05	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie
☐	02C09	Allogreffes de cornée
☐	02C12	Interventions sur le cristallin avec trabéculectomie
☐	03C09	Rhinoplasties
☐	03C18	Pose d'implants cochléaires
☐	03C20	Interventions de reconstruction de l'oreille moyenne
☐	03C21	Interventions pour oreilles décollées
☐	08C24	Prothèses de genou
☐	08C25	Prothèses d'épaule
☐	08C48	Prothèses de hanche pour des affections autres que des traumatismes récents
☐	08C50	Interventions sur la hanche et le fémur sauf traumatismes récents
☐	09C06	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale
☐	10C09	Gastroplasties pour obésité
☐	10C10	Autres interventions pour obésité : à préciser.....

2. **Les actes réalisés par des professionnels de santé exerçant en ville suivants** *(cochez la case correspondante)* **:**

☐	**Transports sanitaires en lien avec la prestation hospitalière envisagée**
☐	**Actes de masso-kinésithérapie prescrits suite à la prestation hospitalière autorisée** **Date de l'acccord pour la prestation hospitalière :**

Les conséquences vitales ou graves et durables sur l'état de santé de la personnes encourues

(Indiquez ci-après les conséquences sur l'état de santé de la personne si les actes sont réalisés après expiration du délai de 9 mois)

Identification du médecin prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Identification du prescripteur
(nom et prénom)

identifiant

Identification de la structure
(raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement)

n° de la structure
(AM, FINESS ou SIRET)

Je soussigné Docteur ....., certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus.

date signature du praticien

Conformément au Règlement européen n° 2016/679/UE du 27 avril 2016 et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant auprès du Directeur de votre organisme d'assurance maladie ou de son Délégué Protection des Données.
En cas de difficultés dans l'application de ces droits, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés

Agence de la biomédecine

Décision du 27 avril 2022 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 : SSAB2230419S

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 3 janvier 2022 par l'Hôpital Américain (Neuilly-sur-Seine) aux fins d'obtenir le renouvellement de l'autorisation de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal ;

Vu l'avis du conseil d'orientation en date du 14 avril 2022 ;

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 de l'Hôpital Américain (Neuilly-sur-Seine) est autorisé pour une durée de 5 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 Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 27 avril 2022.

La directrice générale,
Emmanuelle CORTOT-BOUCHER

Annexe à la décision de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine du 27 avril 2022

Praticiens du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal de l'Hôpital Américain (Neuilly-sur-Seine) appartenant à la catégorie définie à l'article R. 2131-12 (1°) du code de la santé publique :

Gynécologie-obstétrique :

Madame	Amina	YAMGNANE
Monsieur	Philippe	BOUHANNA
Monsieur	Benjamin	DELOISON
Monsieur	François	JACQUEMARD

Echographie du fœtus :

Madame	Céline	LACAM
Madame	Céline	BERNABE-DUPONT

Pédiatrie Néonatologie :

Monsieur	Armand	CHOUCHANA
Monsieur	Sedik-Malik	ACHOUR

Génétique médicale :

Monsieur	Arnold	MUNNICH

Haute Autorité de santé

Décision n° 2022.0264/DP/SG du 27 avril 2022 portant délégation de signature (Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins)

NOR : HASX2230413S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

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

Vu le décret du président de la République du 4 décembre 2017 portant nomination de la présidente de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés,

Décide :

Article 1er

En cas d'absence ou d'empêchement de la cheffe du Service évaluation et outils pour la qualité et la sécurité des soins, délégation est donnée à Madame Candice LEGRIS, son adjointe, à l'effet de signer au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé, tout acte relatif au fonctionnement et l'activité de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 1er mai 2022 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 27 avril 2022.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Ministère des solidarités et de la santé
Ministère de la transformation et de la fonction publiques

Convention 12-363-DNUM-CSOC-0039 du 4 mai 2022 pour le financement du projet « MIGDATA (base relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC »

NOR : SSAZ2230417X

ENTRE

La Direction interministérielle du numérique,
sise 20 avenue de Ségur, 75007 PARIS,
représentée par Romain TALES, chef de la Mission DATA,
ci-après désignée « DINUM »,

D'une part,

ET

La Direction générale de l'offre de soins,
sise 14 avenue Duquesne, 75530 PARIS Cedex 11,
représentée par Cécile LAMBERT, directrice générale de l'offre de soins par intérim,
ci-après désignée « bénéficiaire »,

et

La Direction du numérique du Ministère des solidarités et de la santé,
sise 39 quai André-Citroën, 75015 PARIS,
représentée par Anne JEANJEAN, directrice,
ci-après désignée « DNUM ministérielle »,

D'autre part.

Vu l'instruction DGFIP du 9 mars 2021 relative à l'application de la circulaire CCPB2100712C de gestion budgétaire du plan de relance du 11 janvier 2021,

Vu la circulaire n° 6300/SG du Premier ministre du 30 août 2021 relative à la mise en œuvre et au suivi des mesures du plan national de relance et de résilience,

MIGDATA (base relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC)

Cette convention de financement de projet définit les modalités d'exécution du projet qui conditionnent le versement des crédits.

1. Identification du projet

Nom du projet : MIGDATA (base relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation - MIGAC).
Thématique concernée : ITN5 (cycle de vie de la donnée).

2. Intégration des logos France Relance et NEXT GEN EU

Si le projet implique un site accessible sur Internet ou toute communication auprès du public et autres professionnels en lien avec le projet, alors le bénéficiaire s'engage à intégrer sur ce site en début de parcours et dans ses communications en lien avec le projet, d'une part une mention du cofinancement apporté par France Relance (via notamment l'inclusion du logo France Relance) et d'autre part une mention du cofinancement apporté par l'Union Européenne dans le cadre du plan NEXT GEN EU (également via l'inclusion du logo NEXT GEN EU).

3. Niveau et calendrier de co-financement du projet par le plan de relance

Le niveau de cofinancement par année du projet est le suivant :

	2022	2023
AE	225 000 €	
CP	225 000 €	

Le financement est mis à disposition dès la signature de la présente convention.

4. Modalités du co-financement par le plan de relance du projet

Les crédits sont mis à disposition sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC.

REFERENCES CHORUS (pour les services bénéficiaires de l'Etat)	
Domaine fonctionnel	0363-04
Centre financier	0363-DNUM-CSOC
Activité(s)	036304030001 Fonds ITN
Projet analytique ministériel	12-363-DNUM-CSOC-0039

En conséquence, la DNUM ministérielle engagera les crédits « plan de relance » sur le centre financier, après validation des devis par la DGOS, et établira les réceptions.

5. Reporting budgétaire

Chaque dépense (ou versement de subvention) effectuée depuis l'UO déléguée en gestion se fera en utilisant le code PAM « 12-363-DNUM-CSOC-0039 » de CHORUS.

Le bénéficiaire et la DNUM ministérielle sont tenus de respecter ce marquage au titre de la convention de délégation de gestion sur le centre financier 0363-DNUM-CSOC ; ils seront ainsi dispensés de reporting budgétaire systématique dans la mesure où la DINUM pourra extraire les informations nécessaires dans CHORUS.

Le bénéficiaire répondra aux sollicitations de la DINUM et de la DNUM ministérielle (prise d'information, dialogue de gestion).

6. Reporting projet

Le bénéficiaire :

- Fournira, à la DINUM et à la DNUM ministérielle, chaque trimestre, un point de situation sur l'état du projet en faisant le lien avec la consommation budgétaire.
Nos équipes vous solliciterons à ce sujet. Pour ce faire, vous utiliserez ce formulaire :
https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/reporting-projet-laureats-itn-snap
- Fournira à la DINUM la liste des entreprises, avec leur numéro de département, dont le siège social est établi en France et qui bénéficieront de commandes dans le cadre du financement accordé :
    - A la signature de la présente convention,
    - A chaque nouvelle entreprise répondant au critère,
    - En fin de projet.
- Facilitera le suivi projet avec la DINUM en nommant un ou plusieurs référents identifiés et répondra à toutes ses sollicitations sur l'avancement de son projet ;
- Préparera à destination de la DINUM une restitution par écrit des avancées du projet 6 mois après son lancement. Une trame indiquant les éléments attendus pour cette restitution intermédiaire sera communiquée par e-mail aux porteurs par la DINUM ;
- En plus des mises à jour trimestrielles, fera remonter à la DINUM des difficultés rencontrées sur le projet le cas échéant. Une réunion avec des experts de la DINUM pourra alors être organisée afin de trouver des solutions (clinique de la donnée).

7. Modifications de la convention

La présente convention peut être modifiée par voie d'avenant signé par les parties en cas de modification de ses modalités d'exécution.

En particulier, toute difficulté majeure dans la réalisation du projet sera portée à la connaissance de la DINUM qui pourra suspendre ou interrompre les financements initialement définis.

8. Recouvrement des indus

La DINUM se réserve le droit de recouvrer intégralement ou partiellement le financement prévu au point 3, à due concurrence de la mise en œuvre effective du projet en cas :

- de non-exécution du projet conventionné ;
- d'exécution non conforme aux modalités de réalisation conventionnées ;
- de non transmission des éléments de reporting budgétaire et projet prévus aux points 5 et 6 de la présente convention.

La DINUM ne saurait être tenue responsable d'éventuelles irrégularités générées par le bénéficiaire, ou la DNUM ministérielle le cas échéant, et constatées lors de contrôles européens ou nationaux. La DINUM procède au recouvrement des sommes indues en cas de correction financière demandée à la suite d'un contrôle.

9. Respect des exigences de la piste d'audit

Le respect des exigences issues de la piste d'audit européenne présentées en annexe, s'applique à la présente convention. Le bénéficiaire est réputé avoir pris connaissance de ces exigences.

Fait le 4 mai 2022.

Pour la Direction interministérielle du numérique :
Le chef de la Mission DATA,
Romain TALES

Pour la Direction générale de l'offre de soins :
La directrice par intérim,
Cécile LAMBERT

Pour la Direction du numérique
du Ministère des solidarités et de la santé :
La directrice,
Anne JEANJEAN

ANNEXE

EXIGENCES ISSUES DE LA PISTE D'AUDIT EUROPENNE

Les entités chargées de la gestion du plan de relance doivent veiller au respect des exigences suivantes issues de la piste d'audit européenne :

- prévenir et corriger les risques de fraude, de corruption et de conflits d'intérêt et procéder à une notification en cas de soupçon ;

- garantir l'efficacité des vérifications opérées aux fins de prévention de double financement au titre de la facilité pour la relance et la résilience et d'autres programmes de l'Union, conformément au principe de bonne gestion financière ;

- garantir le respect de la réglementation relative aux aides d'Etat ;

- vérifier la fiabilité et la validité des éléments relatifs au respect des jalons et cibles (examens documentaires, contrôles sur place, etc.) ;

- recouvrer les sommes indues ou procéder aux corrections financières ;

- assurer la collecte et le stockage des données permettant l'audit et le contrôle, notamment les données relatives aux bénéficiaires finaux contractants et sous-contractants, les bénéficiaires effectifs du destinataire des fonds ou du contractant, ainsi que la liste de toutes les mesures de mise en œuvre des réformes et des projets d'investissement au titre du plan de relance et la résilience, avec le montant total du financement public de ces mesures et en indiquant le montant des fonds versés au titre de la facilité et d'autres fonds de l'Union. Ces procédures devront comprendre l'accès aux données par la Commission européenne, l'OLAF, la Cour des comptes européenne et le·Parquet européen ;

- assurer la visibilité du financement de l'Union.

Le bénéficiaire met tout en œuvre pour éviter les irrégularités ciblées par la piste d'audit, dans l'exécution des projets.

Agence de la biomédecine

Décision du 6 mai 2022 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 : SSAB2230420S

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° 2021-20 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 4 mai 2022 par Madame Tal ITTAH-ANAHORY aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les examens de cytogénétique, y compris moléculaire, sur la ou les cellules embryonnaires ;

Vu le dossier déclaré complet le 6 mai 2022 ;

Considérant que Madame Tal ITTAH-ANAHORY, médecin qualifiée en biologie médicale, est notamment titulaire de certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales de génétique, de cytogénétique germinale et somatique, d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine, d'un doctorat en sciences chimiques et biologiques pour la santé et d'un diplôme d'études approfondies en endocrinologie cellulaire et moléculaire ; qu'elle exerce les activités de diagnostic biologique effectué à partir de cellules prélevées sur l'embryon in vitro au sein de l'unité de cytogénétique du DPI de l'Hôpital Arnaud DE VILLENEUVE (Montpellier) depuis 2000 et en tant que praticien agréée 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

Madame Tal ITTAH-ANAHORY est agréée au titre de l'article R. 2131-22-2 du code de la santé publique pour pratiquer les examens de cytogénétique, y compris moléculaire, sur la ou les cellules embryonnaires.

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 6 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 6 mai 2022 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 : SSAB2230421S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 4 mai 2022 par Monsieur Stéphane VIVILLE aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 6 mai 2022 ;

Considérant que Monsieur Stéphane VIVILLE, pharmacien, est notamment titulaire d'un diplôme d'université de biologie moléculaire et d'un doctorat en biologie moléculaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de diagnostic génétique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg (nouvel hôpital civil) depuis 2017 en tant que praticien agréé ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des activités de diagnostic biologique effectué à partir des cellules prélevées sur l'embryon in vitro depuis 1999 ; 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

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 6 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 9 mai 2022 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 : SSAB2230422S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 19 avril 2022 par Monsieur Yohann JOURDY aux fins d'obtenir le renouvellement de son 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 20 avril 2022 ;

Vu le dossier déclaré complet le 9 mai 2022 ;

Considérant que Monsieur Yohann JOURDY, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un master 2 sciences, technologies, santé à finalité recherche, mention biologie cellulaire, physiologie et pathologie (spécialité vaisseaux, hémostase) et d'un diplôme interuniversitaire hémostase biologique et biochimie de l'hémostase ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du Service d'hématologie biologique du Centre de biologie pathologie Est (Hospices civils de Lyon) depuis 2014 et en tant que praticien agréé depuis 2017 ; 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

Monsieur Yohann JOURDY 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 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 Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 9 mai 2022.

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

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° DGOS/R3/2022/134 du 9 mai 2022 relative à la mise en œuvre d'un hébergement non médicalisé en proximité des maternités et à la prise en charge des transports correspondants, au bénéfice des femmes issues de territoires isolés

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2213826J (numéro interne : 2022/134)
Date de signature	09/05/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en œuvre de l'hébergement non médicalisé en proximité des maternités et prise en charge des transports correspondants, au bénéfice des femmes issues de territoires isolés.
Commande	L'instruction détaille à l'attention des agences régionales de santé les conditions de mise en place, au bénéfice des femmes enceintes issues de territoires isolés, d'un hébergement temporaire en proximité des maternités ainsi que de la prise en charge des transports correspondants.
Actions à réaliser	Les agences régionales de santé (ARS) seront chargées de compléter, en cas de besoin, la liste des communes éligibles d'une liste dérogatoire, justifiée par des circonstances ponctuelles identifiées. Elles seront informées de la mise en place effective des hébergements et pourront également décider de sanctions en cas de manquement à la sécurité de l'hébergement.
Echéance	S'agissant de la prestation d'hébergement, les établissements de santé disposent d'un délai de mise en conformité de six mois à compter de la parution de l'arrêté du 29 avril 2022. La prise en charge des transports correspondants est en revanche immédiate.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre Bureau R3 Frédérique COLLOMBET-MIGEON Tél. : 01 40 56 53 82 Mél. : frederique.collombet-migeon@sante.gouv.fr

Nombre de pages et annexes	7 pages et 2 annexes (15 pages) Annexe 1 : Processus d'accès aux prestations d'hébergement et de transports correspondants dans le cadre du dispositif engagement maternité. Annexe 2 : Liste nationale des établissements de santé auxquels s'applique l'obligation de proposer un hébergement en proximité en application du décret n° 2022-555 du 14 avril 2022.
Résumé	En vertu de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ainsi que de ses décret et arrêté d'application, la présente instruction détaille à l'attention des agences régionales de santé les conditions de mise en place des deux prestations visées et l'articulation à retenir avec le dispositif général d'hébergement temporaire non médicalisé déployé à l'appui des prises en charge hospitalières.
Mention Outre-mer	La présente instruction s'applique aux territoires d'outre-mer avec des conditions dérogatoires d'application prévues pour la Guyane.
Mots-clés	Femmes enceintes, maternités.
Classement thématique	Etablissements de santé - organisation
Textes de référence	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, et notamment son article 52 ; Décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 relatif à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants. Arrêté du 29 avril 2022 fixant les conditions d'accès à l'hébergement temporaire non médicalisé des femmes enceintes et à la prise en charge des transports correspondants prévus par le décret n° 2022-555 du 14 avril 2022.
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Les ARS doivent assurer la diffusion de l'instruction et de ses annexes auprès des établissements de santé autorisés en gynécologie-obstétrique concernés par le dispositif sur leur territoire.
Validée par le CNP le 13 mai 2022 - Visa CNP 2022-70	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Dans un contexte d'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer résidant dans des territoires isolés[1] et en déclinaison de l' « engagement maternité » pris par la Ministre de la santé en 2019, deux nouvelles prestations sont instaurées au bénéfice des femmes enceintes résidant à plus de quarante-cinq minutes de la maternité la plus proche correspondant à leur situation de santé, afin de sécuriser et de faciliter leur prise en charge. Elles consistent en l'accès à un hébergement temporaire non médicalisé en proximité de la maternité ainsi qu'en la prise en charge des transports correspondants.

La présente instruction précise le cadre de mise en place de ces deux prestations par les établissements de santé et l'articulation à retenir avec le dispositif de l'hébergement temporaire non médicalisé pour patients qui se déploie depuis août 2021[2] à l'appui des prises en charge hospitalières.

1°) Le périmètre de l'obligation pour les établissements de santé

Tout établissement de santé autorisé en gynécologie-obstétrique doit se mettre en situation de pouvoir proposer une prestation d'hébergement temporaire de proximité aux femmes enceintes dès lors qu'il dessert des communes éloignées de plus de quarante-cinq minutes de son site.
Cette obligation s'exerce vis-à-vis de la population de femmes enceintes correspondant au type de gradation de la maternité considérée (type I, IIa, IIb ou III). Ainsi, à titre d'exemple les maternités de type III doivent pouvoir organiser un hébergement pour les femmes enceintes relevant effectivement de cette prise en charge de recours dont le domicile est à plus de quarante-cinq minutes de son site.

Le dispositif diffère, par cette obligation, de la simple faculté pour les établissements de santé de proposer à leurs patients un hébergement temporaire non médicalisé, tel que défini par le décret n° 2021-1114 du 25 août 2021, en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins, quel que soit le temps de trajet domicile-établissement.

Une liste des communes distantes de plus de 45 minutes des différents types de maternités a été établie au niveau national, en application de l'arrêté du 29 avril 2022 et sur la base de l'outil de calcul des temps de trajet OSRM. Elle est consultable à l'adresse suivante : https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/l-engagement-maternite.

Le tableau indique par niveau de maternité et pour chaque commune concernée la maternité correspondante. Cette indication n'a pas vocation à orienter nécessairement les femmes enceintes vers la structure concernée, celles-ci conservant le choix de leur lieu d'accouchement, mais elle signifie l'obligation, pour ces maternités, de proposer une prestation d'hébergement.
Cette obligation ne s'applique pas aux établissements qui ne sont pas mentionnés dans l'annexe de l'arrêté sauf s'ils ont été identifiés par arrêté complémentaire de l'ARS. En sus de ce document, et pour vous aider à identifier immédiatement les établissements de santé auxquels s'applique l'obligation de proposer un hébergement au titre de la liste nationale, est annexée à la présente instruction (annexe 2) l'identité des maternités ainsi ciblées et le nombre de communes qu'elles desservent (ce qui est un élément de calibrage de l'hébergement à prendre en compte, ainsi que l'indique le point 3°).

[1] Elles seraient, selon les données récentes de la DREES, entre 1 et 2% de la population de femmes françaises en âge de procréer.
[2] En application du décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé.

En sus de cette liste nationale et par dérogation, l'ARS peut en outre identifier des communes habituellement non isolées mais qui peuvent, à certaines périodes de l'année et en raison de circonstances conjoncturelles identifiées (routes enneigées en hiver, difficultés de trafic en période touristique, etc.), requérir une durée de trajet vers la maternité supérieure à quarante-cinq minutes. Les maternités les plus proches de ces communes, devront être en capacité de proposer un hébergement aux femmes concernées, aux périodes considérées. L'ARS établit par arrêté la liste des communes et des établissements concernés et la fait connaitre aux établissements et aux caisses primaires d'assurance maladie des départements concernés.

2°) L'articulation avec le dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé

Le dispositif « engagement maternité » a vocation à se déployer concomitamment avec le dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé, tous deux pouvant toutefois être mobilisés dans des circonstances différentes.

Le dispositif « engagement maternité » répond spécifiquement aux besoins des femmes enceintes éloignées d'une maternité : pour les grossesses physiologiques, l'objectif est d'organiser un hébergement à proximité de la maternité autour de la date prévue d'accouchement afin d'éviter les accouchements inopinés qui pourraient être favorisés par un temps d'accès supérieur à la moyenne dans les territoires isolés ; pour les grossesses pathologiques, l'intention est de faciliter l'accès aux prises en charge médicales itératives requises au cours des grossesses pathologiques et d'éviter les allers et retours induits en conséquence.

Le dispositif d'hébergement temporaire non médicalisé, lui, en revanche, ne vise pas spécifiquement les situations de grossesse mais peut concerner, parmi d'autres patients dans le champ de la médecine et de la chirurgie, des femmes enceintes sans que celles-ci ne répondent nécessairement aux critères de distance requis par le dispositif « engagement maternité ». En revanche, les femmes enceintes ne peuvent, pour une même prise en charge, cumuler les droits au titre des deux dispositifs.

En termes d'organisation, eu égard à leurs modalités de fonctionnement très similaires, les établissements peuvent procéder à une mutualisation des capacités des deux dispositifs, avec par exemple des locaux aménagés pour ces deux usages, selon les publics accueillis par l'établissement.

3°) Organisation concrète de l'hébergement

Le caractère nouveau du dispositif, ainsi que la liberté laissée aux femmes enceintes de l'utiliser ou non, ne permet pas à ce stade d'estimer avec certitude sa montée en charge. Au niveau national, on estime qu'entre 12 000 et 26 000 femmes résident à plus de 45 minutes d'une maternité, sur la base des données 2017 de la DREES, et que seulement 50% d'entre elles pourraient choisir effectivement de recourir à ce nouveau dispositif. Il en découle qu'au plan local, chacune des 394 maternités impactées par le dispositif pourrait avoir à héberger, en moyenne, entre 15 et 32 femmes enceintes par an. Cette indication doit bien entendu pouvoir être affinée localement au regard de différentes considérations : le nombre de communes isolées desservies par la maternité, l'importance de la population en âge de procréer des territoires concernés, le taux de natalité observé, etc.

Cette appréciation préalable est nécessaire pour aider l'établissement de santé à calibrer la prestation d'hébergement temporaire et déterminer le nombre de chambres à aménager, en cas de restructuration de locaux hospitaliers existants ou guider les termes du contrat avec la structure hôtelière, en cas d'externalisation de la prestation. Vous veillerez à appuyer les établissements qui le souhaitent dans cette appréciation.

4°) La procédure d'accès des femmes enceintes aux prestations et le rôle de l'équipe de la maternité

Une démarche d'information auprès du grand public sur les prestations associées au dispositif est en place au travers d'une mise à jour du guide « Ma maternité » sur ameli.fr. Les équipes des maternités desservant les communes isolées doivent pouvoir également, en tant que de besoin, diffuser l'information sur l'existence de ce dispositif et ses conditions générales auprès de leur file active.

Le processus d'accès aux deux volets de prestations (hébergement / transport) fait intervenir à la fois les professionnels de santé des maternités suivant les femmes concernées et les caisses primaires d'assurance maladie pour le volet transport, saisies d'une demande d'accord préalable valant prescription médicale de transport. Ce processus est récapitulé en annexe 1 à la présente instruction et vous veillerez à en assurer la diffusion à la fois aux établissements de santé, concernés au premier chef par ces dispositions, mais également aux professionnels de santé libéraux, pouvant être amenés à informer les femmes sur leurs droits et démarches.

La femme enceinte conserve la liberté de choix de la maternité qui suivra sa grossesse et qui assurera son accouchement.

- Si elle porte son choix sur une maternité située à plus de quarante-cinq minutes de son domicile mais qu'une maternité, adaptée à sa situation, est située en proximité (à moins de 45 minutes), elle ne pourra pas prétendre au dispositif « engagement maternité ».
- Si elle relève effectivement de l'engagement maternité mais porte son choix sur une maternité plus éloignée que celle désignée par arrêté, elle supportera les dépassements de frais de transports induits par son choix (différentiel entre le coût du transport vers la maternité la plus proche identifiée par l'arrêté et la maternité de son choix).

L'équipe médicale de la maternité a vocation à intervenir à plusieurs niveaux dans la concrétisation des droits ainsi ouverts :

- **En termes d'analyse de l'éligibilité des femmes au dispositif** : une première appréciation de l'équipe de la maternité est nécessaire pour conduire ou non à la rédaction d'une demande d'accord préalable de transport, valant prescription médicale, qui est ensuite transmise à la CPAM. Cette demande d'accord préalable est rédigée conformément au référentiel de prescription des transports arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale[3]. A défaut de réponse de la caisse sous quinze jours à compter de la date d'expédition de la demande d'accord préalable, l'accord de prise en charge sera réputé acquis. A contrario, le refus de prise en charge fait l'objet d'une réponse par courrier à la femme enceinte avec indication des voies de recours dont elle dispose pour contester la décision. A l'échéance des quinze jours, le médecin confirme à la femme enceinte la prise en charge de l'hébergement temporaire au regard du retour de la caisse.

[3] Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

- **Dans la détermination du caractère physiologique ou pathologique de la grossesse, ouvrant droit à des droits différenciés** en termes d'hébergement et de transport[4] ;

- **Dans l'appréciation des dates de démarrage et de fin de l'hébergement :** la date prévisionnelle d'accouchement, qui déclenche le décompte des cinq nuitées consécutives d'hébergement, ne doit pas s'entendre uniquement comme la date d'accouchement estimée en début de grossesse mais peut être révisée, le cas échéant, en cours de grossesse selon la situation clinique de la femme enceinte. S'agissant en outre de la date de fin d'hébergement, en l'absence de survenue d'un accouchement à l'issue des cinq jours d'hébergement, la prolongation de l'hébergement peut être décidée sur appréciation médicale.

5°) Caractéristiques des prestations

En cas d'éligibilité au dispositif, la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport correspondants[5] est plafonnée au montant correspondant au trajet jusqu'à la maternité la plus proche, adaptée à la situation de la femme enceinte, figurant soit sur la liste nationale en annexe de l'arrêté, soit sur la liste complémentaire arrêtée par l'ARS, quelle que soit la maternité effectivement choisie.

Le transport peut par ailleurs inclure un accompagnant à la condition toutefois que cela ne conduise pas à majorer le coût du transport par une modification du type de véhicule mobilisé.

Les conditions de l'hébergement des accompagnants de la femme enceinte constituent l'un des volets de la négociation devant être engagée avec les structures hôtelières dans le cas de prestations externalisées.

6°) Financement du dispositif et retour d'informations attendu des établissements de santé.

Le financement des nuitées correspondant à la prestation d'hébergement est assuré à l'établissement de santé sous la forme d'un versement MIGAC intervenant à l'occasion des différentes circulaires budgétaires annuelles.

La dotation est calculée sur la base d'un forfait de quatre-vingt euros la nuitée, à partir du nombre de nuitées déclarées mensuellement par l'établissement de santé dans le cadre du fichier complémentaire de l'ATIH instauré à cet effet et regroupant l'activité hébergement de l'engagement maternité et le dispositif hébergement temporaire non médicalisé. Les modalités relatives à la remontée des données sont précisées dans la notice ATIH accompagnant le fichier complémentaire accessible via le lien ci-joint : https://www.atih.sante.fr/notice-technique-pmsi-2022-0.

[4] Pour les situations de grossesse physiologique, la prestation d'hébergement est d'une durée de cinq nuitées consécutives au maximum précédant la date prévisionnelle d'accouchement, possiblement prolongée sur nécessité médicale jusqu'à la date effective d'accouchement. En cas de grossesse pathologique, la prestation d'hébergement peut être proposée à toute période de la grossesse, sans que la limitation de l'hébergement à cinq nuitées ne soit opposable. Sa nécessité et sa durée sont laissées à l'appréciation médicale, dans la limite, pour l'ensemble de la grossesse, de 21 nuitées. La prise en charge des frais de transport s'applique, pour les grossesses pathologiques comme physiologiques, pour se rendre dans une unité de gynécologie obstétrique pour les examens médicaux réalisés au cours des huitième et neuvième mois de grossesse tels que prévus à l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, ainsi que pour se rendre sur le lieu d'hébergement temporaire non médicalisé, selon les droits différenciés par type de grossesse précisés supra.

[5] Pour se rendre aux examens obligatoires des huitième et neuvième mois de grossesse (pour les grossesses physiologiques et pathologiques), sur le lieu de l'hébergement (pour les deux types de grossesse, sur la base d'un nombre de nuitées différencié toutefois selon le type de la grossesse) ainsi qu'aux consultations requises dans le cadre d'une grossesse pathologique.

Ce montant forfaitaire couvre les frais d'hébergement de la femme enceinte ainsi que ceux de son ou ses accompagnants, le cas échéant.

La prestation d'hébergement doit être proposée sans reste à charge pour la femme enceinte et son accompagnant éventuel. Le forfait ne couvre pas les frais de restauration, considérant que le dispositif « engagement maternité » a vocation à compenser le désavantage associé à l'éloignement du domicile mais non de prendre en charge des coûts qui, en situation normale, sont à la charge de la femme enceinte et de son entourage. L'établissement de santé a toutefois la liberté d'organiser l'accès des femmes à des prestations de restauration, le cas échéant sans reste à charge pour celles-ci.

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins, par intérim,

Cécile LAMBERT

Annexe 1
Processus d'accès aux prestations d'hébergement et de transports dans le cadre du dispositif engagement maternité

- Dès les premiers rendez-vous de la femme à la maternité qui suit sa grossesse et selon l'analyse de son temps de trajet, la patiente est informée par l'équipe de la maternité du dispositif « engagement maternité » et de son éligibilité possible à la prise en charge des prestations correspondantes.

- Si le praticien de la maternité le juge opportun, au vu de la domiciliation de la femme, et à sa demande, il établit une demande d'accord préalable de transport valant prescription médicale. La demande sera dans un 1er temps établie dans le cadre du modèle et du circuit existants et devra mentionner dans la partie 2 (Quel trajet ? Arrivée) du Cerfa les quatre informations suivantes : la mention de l'engagement maternité, le niveau de maternité requis et l'identification de la maternité où la patiente est suivie ainsi que l'adresse de l'hébergement si celui-ci est organisé à l'extérieur de l'établissement. Elle est rédigée conformément au référentiel de prescription des transports arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale.

- Le médecin prescripteur ou la femme enceinte adresse la demande d'accord préalable au service médical de la CPAM de rattachement de la femme.

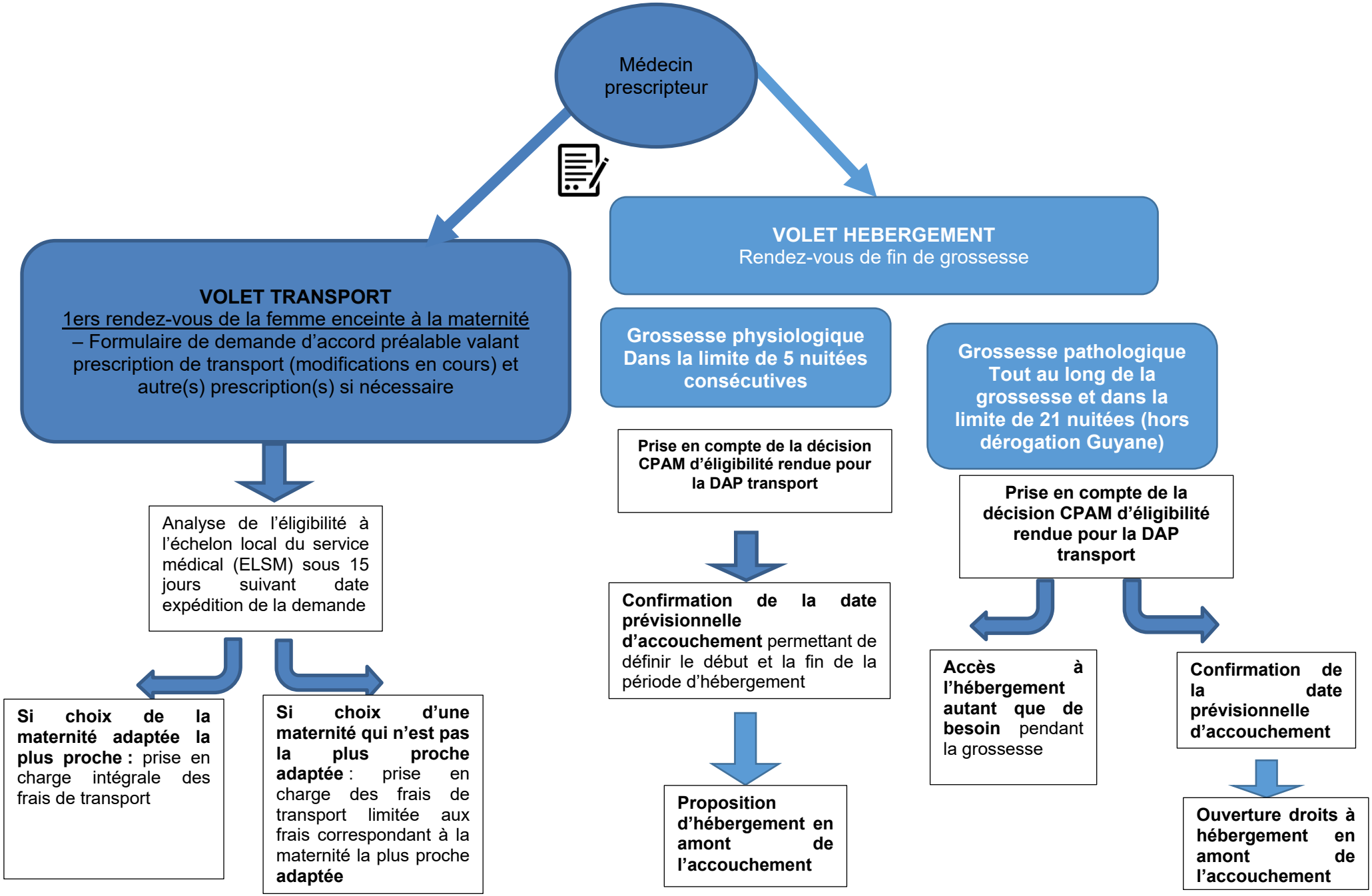
- Le service médical examine la demande d'accord préalable et peut la refuser si les conditions d'éligibilité ne sont en réalité pas réunies.

- Dans les cas où la maternité choisie n'est pas la maternité correspondant à la situation de la femme la plus proche de son domicile, la CPAM notifie à la femme enceinte que ses frais de transport ne seront que partiellement couverts (jusqu'à due concurrence des frais correspondant au trajet vers la maternité du type nécessaire à sa prise en charge la plus proche).

- Une fois écoulé le délai de quinze jours au terme duquel l'accord de la CPAM est réputé acquis et sauf notification de refus dans ce délai de la CPAM, le prescripteur établit la ou les prescriptions de transports requises pour le suivi de la grossesse et l'accouchement (en précisant de même la mention de l'engagement maternité, le niveau de maternité requis et l'identification de la maternité où la patiente est suivie, ainsi que l'adresse de l'hébergement si celui-ci est organisé à l'extérieur de l'établissement).

- Il confirme par ailleurs à la femme enceinte la prise en charge de l'hébergement temporaire au regard du retour de la caisse.

- En cas de prescription de transport ou d'hébergement malgré un refus de la caisse, les demandes d'indûs seront adressées à l'établissement.


Médecin prescripteur
VOLET TRANSPORT
1ers rendez-vous de la femme enceinte à la maternité – Formulaire de demande d'accord préalable valant prescription de transport (modifications en cours) et autre(s) prescription(s) si nécessaire
Analyse de l'éligibilité à l'échelon local du service médical (ELSM) sous 15 jours suivant date expédition de la demande
Si choix de la maternité adaptée la plus proche : prise en charge intégrale des frais de transport
Si choix d'une maternité qui n'est pas la plus proche adaptée : prise en charge des frais de transport limitée aux frais correspondant à la maternité la plus proche adaptée
VOLET HEBERGEMENT
Rendez-vous de fin de grossesse
Grossesse physiologique
Dans la limite de 5 nuitées consécutives
Prise en compte de la décision CPAM d'éligibilité rendue pour la DAP transport
Confirmation de la date prévisionnelle d'accouchement permettant de définir le début et la fin de la période d'hébergement
Proposition d'hébergement en amont de l'accouchement
Grossesse pathologique
Tout au long de la grossesse et dans la limite de 21 nuitées (hors dérogation Guyane)
Prise en compte de la décision CPAM d'éligibilité rendue pour la DAP transport
Accès à l'hébergement autant que de besoin pendant la grossesse
Confirmation de la date prévisionnelle d'accouchement
Ouverture droits à hébergement en amont de l'accouchement

Annexe 2

Liste nationale des établissements de santé auxquels s'applique l'obligation de proposer un hébergement en proximité en application du décret n° 2022-555 du 14 avril 2022 (cette liste est non exclusive d'éventuels compléments apportés par arrêtés DG ARS)

Méthodologie

Sources :
- liste des communes : Codes Officiels Géographiques au 01/01/2021, INSEE
- liste des maternités : Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) 2020

Pour en savoir plus sur la SAE (enquête DREES) :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/la-statistique-annuelle-des-etablissements-sae

Traitements : Ministère des solidarités et de la santé

Champ : France métropolitaine, DROMs, St-Martin, St-Barthélemy et St-Pierre-et-Miquelon.

Sélection des maternités

Les maternités retenues sont celles qui possèdent au moins un lit et un type (1, 2a, 2b ou 3) au 31 décembre 2020 et qui ont effectué au moins un accouchement dans l'année 2020. Les maternités du CL du Pont de Chaume et de la Polyclinique d'Inkermann ont été retirées de la sélection initiale car elles ont été fermées depuis. La maternité de St-Pierre-et-Miquelon n'étant pas incluse dans la SAE, elle a été rajoutée aux calculs des distances.

Calcul des temps de trajet

Les temps de trajet entre les communes et les maternités sont calculés avec l'outil Open Source Routing Machine (OSRM) qui utilise les données du territoire Openstreetmap. OSRM permet de calculer le temps d'accès par la route entre les coordonnées géographiques précises des maternités et celles des centres de communes. Cet outil ne tient pas compte de la densité du trafic selon le moment du trajet.

Variables

Nom de la variable	Libellé de la variable
Code commune	Code officiel géographique (COG) de la commune de la maternité la plus proche
Nom commune	Libellé de la commune de la maternité la plus proche
Nom maternité	Raison sociale de la maternité la plus proche
Adresse	Adresse postale de la maternité la plus proche
Nombre de communes associées	Nombre de communes qui sont renvoyées vers la maternité identifiée

Cas spécifiques

Communes de Guadeloupe (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélémy)

Les maternités référencées pour les femmes enceintes de Guadeloupe selon leur type de grossesse répondent d'une façon générale au principe retenu pour le dispositif "engagement maternité" (à savoir la proposition d'hébergement des femmes au niveau de la maternité la plus proche adaptée à son état). Il est à noter que les maternités ainsi mentionnées ne correspondent pas toujours aux orientations effectives des femmes enceintes retenues localement au regard de la situation de l'offre et de la géographie du territoire.

Par exception à ce principe, et compte tenu de l'absence de maternité de type IIa en Guadeloupe, il est indiqué que :
1° les femmes enceintes des territoires de St-Martin et St-Barthélemy, relevant d'un type IIa, sont orientées vers le CH Louis Constant Fleming (IIb).
2° les femmes enceintes de Guadeloupe hors communes de St-Martin et St-Barthélemy, relevant d'un type IIa ou IIb, sont orientées vers le CHU de Pointe-à-Pitre ou le CH de la Basse-Terre (III) en fonction de leur proximité relative à la commune considérée.

Communes de Martinique
Compte tenu de l'absence de maternités de type IIa et Iib en Martinique, les femmes enceintes de Martinique, relevant d'un type IIa ou IIb, sont orientées vers le CHU de Martinique (III).

Communes de Mayotte
Compte tenu de l'absence de maternités de type I, IIa et IIb à Mayotte, les femmes enceintes de Mayotte relevant d'un type I, IIa ou IIb, sont orientées vers le CH de Mayotte (III).

Communes de Saint-Pierre-et-Miquelon
L'orientation des patientes résidant dans les communes de Saint-Pierre (COG 97502) et Miquelon-Langlade (COG 97501) relevant de maternités d'un autre niveau que le type 1 se fait vers le Canada.
L'obligation d'organisation d'hébergement ne pouvant pas être faite à un établissement étranger, ces communes ne sont pas éligibles au dispositif pour ces niveaux de maternité.

Liste des maternités de type 1 : 147 maternités concernées

Code commune	Nom commune	Nom maternité	Adresse	Nombre de communes associées
01004	AMBERIEU EN BUGEY	HOPITAL PRIVE D'AMBERIEU	EN PRAGNAT NORD	11
01034	BELLEY	CH DE BELLEY	700 Avenu NARVIK	6
01283	OYONNAX	CH DU HAUT BUGEY - GEOVREISSET	1 RTE DE VEYZIAT	611
02173	CHAUNY	CH CHAUNY	94 SQ DES ANCIENS COMBATTANTS	102
02691	SAINT QUENTIN	HOPITAL PRIVE SAINT CLAUDE	1 BD DU DOCTEUR SCHWEITZER	3
04070	DIGNE LES BAINS	CENTRE HOSPITALIER DE DIGNE LES BAINS	QUA SAINT CHRISTOPHE	122
04112	MANOSQUE	CHI DE MANOSQUE LOUIS RAFFALLI	R AUGUSTE GIRARD	40
05023	BRIANCON	CH DES ESCARTONS DE BRIANCON	24 AV ADRIEN DAURELLE	46
06027	CAGNES SUR MER	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 AV DU DOCTEUR MAURICE DONAT	50
06088	NICE	CLINIQUE SAINT GEORGE	2 AV DE RIMIEZ	28
07102	GUILHERAND GRANGES	CLINIQUE PASTEUR	294 BD GENERAL DE GAULLE	169
09268	SAINT LIZIER	CH ARIEGE COUSERANS SITE ST LIZIER	site de Rozés	134
10323	ROMILLY SUR SEINE	CENTRE HOSPITALIER DE ROMILLY/SEINE	AV PAUL V COUTURIER	66
10387	TROYES	GCS ES CLINIQUE DE CHAMPAGNE SITE CLQ	4 R CHAIM SOUTINE	284
11262	NARBONNE	CH NARBONNE HOTEL DIEU	BD DOCTEUR LACROIX	66
12145	MILLAU	CH MILLAU	265 BD ACHILLE SOUQUES	59
12208	SAINT AFFRIQUE	CH EMILE BOREL ST AFFRIQUE	88 AV DR LUCIEN GALTIER	96

12300	VILLEFRANCHE DE ROUERGUE	CH VILLEFRANCHE SITE CHARTREUSE	AV CAYLET	197
14047	BAYEUX	CENTRE HOSPITALIER - AUNAY-BAYEUX	13 RUE DE NESMOND	354
15187	SAINT FLOUR	CH DE SAINT-FLOUR	AV DOCTEUR MALLET	158
16102	COGNAC	CHI DU PAYS DE COGNAC	65 AV D ANGOULEME	117
16374	SOYAUX	CENTRE CLINICAL SA	2 CHE DE FREGENEUIL	142
18197	SAINT AMAND MONTROND	CH SAINT AMAND-MONTROND	44 AV JEAN JAURES	256
18205	SAINT DOULCHARD	HOPITAL PRIVE GUILLAUME DE VARYE	210 RTE DE VOUZERON	10
18279	VIERZON	CH DE VIERZON	33 R LEO MERIGOT	36
19272	TULLE	CENTRE HOSPITALIER COEUR DE CORREZE	3 PL DOCTEUR MASCHAT	112
19275	USSEL	CENTRE HOSPITALIER D'USSEL	2 AV DU DOCTEUR ROULLET	218
21603	SEMUR EN AUXOIS	CENTRE HOSPITALIER ROBERT MORLEVAT	3 AV PASTEUR	415
22070	GUINGAMP	CENTRE HOSPITALIER GUINGAMP	17 R DE L'ARMOR	28
22113	LANNION	CENTRE HOSPITALIER LANNION	KERGOMAR	1
24037	BERGERAC	C.H DE BERGERAC	9 AV ALBERT CALMETTE	47
24520	SARLAT LA CANEDA	CENTRE HOSPITALIER SARLAT	Rue Jean Leclaire	145
27284	GISORS	CH GISORS	RTE DE ROUEN	335
27681	VERNON	CH VERNON CH EURE-SEINE	5 R DOCTEUR BURNET	194
29024	CARHAIX PLOUGUER	CHRU BREST SITE HOPITAL DE CARHAIX	R DR MENGUY	69
29103	LANDERNEAU	CH FERDINAND GRALL LANDERNEAU	1 RTE DE PENCRAN	68
2A247	PORTO VECCHIO	CLINIQUE DU SUD DE LA CORSE	R DU DOCTEUR JOURDAN	124
2B033	BASTIA	POLYCLINIQUE LA RESIDENCE MAYMARD	RTE USINE A GAZ	166
30189	NIMES	POLYCL GRAND SUD	350 AV ST ANDRE DE CODOLS	62
31395	MURET	CL D'OCCITANIE	20 AV BERNARD IV	38
31445	QUINT FONSEGRIVES	CL CAPIO LA CROIX DU SUD	52 CHE DE RIBAUTE	43
31483	SAINT GAUDENS	CH COMMINGES PYRENEES SITE PLANCARD	AV DE ST PLANCARD	177
33058	BLAYE	CH DE LA HAUTE GIRONDE	97 R DE L'HOPITAL	5
33227	LANGON	CH SUD GIRONDE - SITE LANGON	R PAUL LANGEVIN	47
33240	LESPARRE MEDOC	CLINIQUE MUTUALISTE DU MEDOC	64 R ARISTIDE BRIAND	64
33249	LORMONT	POLYCLINIQUE BORDEAUX RIVE DROITE	24 R DES CAVAILLES	7
33522	TALENCE	MSP BORDEAUX BAGATELLE	201 R ROBESPIERRE	4
33529	TESTE DE BUCH	CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	AV JEAN HAMEAU	20
34032	BEZIERS	POLYCL CHAMPEAU	32 AV ENSEIGNE ALBERTINI	15
34111	GANGES	CL ST LOUIS	13 PL JOSEPH BOUDOURESQUES	119
34301	SETE	POLYCL STE THERESE	6 QU DU MAS COULET	1
35236	REDON	CHIRC SITE REDON	8 AV ETIENNE GASCON	113
37210	SAINT BENOIT LA FORET	CH DU CHINONAIS	28 RTE DEPARTEMENTALE 751	88
38053	BOURGOIN JALLIEU	CH PIERRE OUDOT BOURGOIN JALLIEU	30 AV DU MÉDIPÔLE	22

38151	ECHIROLLES	CLINIQUE DES CEDRES	21 R ALBERT LONDRES	86
38185	GRENOBLE	GROUPE HOSPIT. MUTUALISTE DE GRENOBLE	8 R DOCTEUR CALMETTE	10
41047	CHAUSSEE SAINT VICTOR	POLYCLINIQUE BLOIS	1 R ROBERT DEBRE	65
41194	ROMORANTIN LANTHENAY	CH ROMORANTIN-LANTHENAY	96 R DES CAPUCINS	65
41269	VENDOME	CLINIQUE DU SAINT COEUR - VENDOME	10B R HONORE DE BALZAC	157
42095	FIRMINY	CH DE FIRMINY	2 R ROBERT PLOTON	120
42147	MONTBRISON	CH DU FOREZ SITE DE MONTBRISON	AV DES MONTS DU SOIR	75
42207	SAINT CHAMOND	CH DU GIER - MCO	19 R VICTOR HUGO	16
44003	ANCENIS SAINT GEREON	CH ERDRE ET LOIRE	160 R DU VERGER	39
44109	NANTES	CLINIQUE BRETECHE VIAUD	3 R BERAUDIERE	5
45155	GIEN	CH DEZARNAULDS - GIEN	2 AV JEAN VILLEJEAN	180
47001	AGEN	CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE	1 R DR ET MME DELMAS	128
47157	MARMANDE	CENTRE HOSPITALIER DE MARMANDE - CHIC	76 R DOCTEUR COURRET	28
47323	VILLENEUVE SUR LOT	CH VILLENEUVE -POLE SANTE VILLENEUVOIS	Brignol Romas	12
49099	CHOLET	POLYCLINIQUE DU PARC	2 AV DES SABLES	9
51230	EPERNAY	CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY	137 R DE L HOPITAL	339
53062	CHATEAU GONTIER SUR MAYENNE	CH HAUT ANJOU SITE CHATEAU GONTIER	1 QU G LEFEVRE	40
53147	MAYENNE	CENTRE HOSPITALIER NORD MAYENNE	229 BD PAUL LINTIER	146
54099	VAL DE BRIEY	CH DE BRIEY - HOPITAL MAILLOT	31 AV ALBERT DE BRIEY	24
54329	LUNEVILLE	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	6 R GIRARDET	26
54382	MONT SAINT MARTIN	CH DE MT ST MARTIN (GROUPE SOS SANTE)	4 R ALFRED LABBE.	251
54528	TOUL	CENTRE HOSPITALIER SAINT CHARLES TOUL	1 CRS RAYMOND POINCARE	63
56165	PLOERMEL	CENTRE HOSPITALIER DE PLOERMEL	7 R DU ROI ARTHUR	220
57606	SAINT AVOLD	CLINIQUE SAINT NABOR DE SAINT AVOLD	75 R DES GENERAUX ALTMAYER	19
57630	SARREBOURG	CH SAINT-NICOLAS DE SARREBOURG	25 AV DU GENERAL DE GAULLE	6
57631	SARREGUEMINES	HOPITAL ROBERT PAX DE SARREGUEMINES	2 R RENE FRANCOIS-JOLLY	7
59136	CATEAU CAMBRESIS	CH LE CATEAU	28 BD PATURLE	2
59249	FOURMIES	CH FOURMIES	R DE L HOPITAL	311
60159	COMPIEGNE	POLYCLINIQUE SAINT CÔME	7 R JEAN-JACQUES BERNARD	79
61006	ARGENTAN	CENTRE HOSPITALIER D'ARGENTAN	47 R ARISTIDE BRIAND	71
61214	AIGLE	CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE	10 R DU DOCTEUR FRINAULT	157
62041	ARRAS	HOPITAL PRIVE ARRAS LES BONNETTES	2 R DU DOCTEUR FORGEOIS	20
62270	DIVION	POLYCLINIQUE DE LA -CLARENCE-	R DU DOCTEUR LEGAY	156
62758	SAINT MARTIN BOULOGNE	CENTRE MCO COTE D'OPALE	RTE DE DESVRES	133

63178	ISSOIRE	CH PAUL ARDIER ISSOIRE	13 R DU DR SAUVAT	62
63430	THIERS	CH DE THIERS	RTE DE FAU	160
64102	BAYONNE	CAPIO CLINIQUE BELHARRA	2 ALL DU DOCTEUR LAFON	12
64445	PAU	POLYCLINIQUE DE NAVARRE	8 BD HAUTERIVE	171
64493	SAINT PALAIS	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-PALAIS	AV FREDERIC DE SAINT-JAYME	87
65440	TARBES	POLYCL DE L'ORMEAU SITE CENTRE	12B CHE DE L'ORMEAU	135
66136	PERPIGNAN	POLYCL MEDITERRANEE	AV D'ARGELES	187
67462	SELESTAT	CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	23 AV LOUIS PASTEUR	3
67482	STRASBOURG	CLINIQUE RHENA GCS ES	10 R FRANCOIS EPAILLY	4
67544	WISSEMBOURG	CH INTERCOMMUNAL DE LA LAUTER	24 RTE DE WEILER	6
68066	COLMAR	HOPITAL ALBERT SCHWEITZER	201 AV D'ALSACE	264
69013	ARNAS	POLYCLINIQUE DU BEAUJOLAIS	120 ART DE BEAUJEU	52
69091	GIVORS	CH MONTGELAS	9 AV PROFESSEUR FLEMING	1
71014	AUTUN	CH AUTUN SITE PARPAS	7B R DE PARPAS	75
71153	CREUSOT	HOTEL DIEU DU CREUSOT	175 R MARECHAL FOCH	235
71342	PARAY LE MONIAL	CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	BD DES CHARMES	104
72022	BAILLEUL	POLE SANTE SARTHE ET LOIR	LA CHASSE DU POINT DU JOUR	35
73054	BOURG SAINT MAURICE	CH DE BOURG ST MAURICE	AV DU NANTET	36
73248	SAINT JEAN DE MAURIENNE	CH DE SAINT JEAN DE MAURIENNE	179 R DU DOCTEUR GRANGE	23
74010	ANNECY	CLINIQUE GENERALE D'ANNECY	4 CHE DE LA TOUR LA REINE	16
74012	ANNEMASSE	HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE	19 AV PIERRE MENDES FRANCE	214
74243	SAINT JULIEN EN GENEVOIS	CH ANNECY-GENEVOIS SITE ST JULIEN EN G	1 R AMEDEE VIII DE SAVOIE	20
76351	HAVRE	HOPITAL PRIVE DE L'ESTUAIRE	505 R IRENE JOLIOT-CURIE	71
76384	LILLEBONNE	CH LILLEBONNE CHI CAUX VALLEE DE SEINE	19 AV DU PRESIDENT RENE COTY	220
77305	MONTEREAU FAULT YONNE	CH SUD SEINE ET MARNE SITE MONTEREAU	1B R VICTOR HUGO	60
77470	TOURNAN EN BRIE	CLINIQUE DE TOURNAN	2 R JULES LEFEBVRE	35
78401	MEULAN EN YVELINES	CHI DE MEULAN LES MUREAUX	1 R DU FORT	31
78498	POISSY	CLINIQUE SAINT LOUIS	1 R BASSET	8
78551	SAINT GERMAIN EN LAYE	CLINIQUE SAINT GERMAIN	12 R BARONNE GERARD	12
80620	PERONNE	CH PÉRONNE	PL DU JEU DE PAUME	7
81140	LAVAUR	CH LAVAUR	1 PL VIALAS	178
82121	MONTAUBAN	CL CROIX ST MICHEL	40 AV CHARLES DE GAULLE	27
83023	BRIGNOLES	CH JEAN MARCEL DE BRIGNOLES	BD JOSEPH MONNIER	9
83065	GASSIN	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT TROPEZ	RPT GAL DIEGO BROSSET RD559	14
83069	HYERES	CH DE HYERES MARIE JOSEE TREFFOT	AV MARECHAL JUIN	1
84031	CARPENTRAS	CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS	RPT DE L'AMITIE	73
84087	ORANGE	CH LOUIS GIORGI D'ORANGE	AV DE LAVOISIER	82
84089	PERTUIS	CHI SITE DE PERTUIS	58 R DE CROZE	6
85047	CHALLANS	CH LVO :SITE DE CHALLANS	BD GUERIN	6

85092	FONTENAY LE COMTE	CH FONTENAY SITE POLE SANTE SUD VENDEE	11 Rue du Dr René Laforge	155
85191	ROCHE SUR YON	CLINIQUE SAINT CHARLES	11 BD RENE LEVESQUE	9
85194	SABLES D OLONNE	CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIÈRE	4 R JACQUES MONOD	7
86066	CHATELLERAULT	GH NORD-VIENNE - SITE DE CHATELLERAULT	1 R DU DOCTEUR LUC MONTAGNIER	114
87085	LIMOGES	CLINIQUE EMAILLEURS-COLOMBIER LIMOGES	1 R VICTOR SCHOELCHER	145
87154	SAINT JUNIEN	CENTRE HOSPITALIER SAINT JUNIEN	12 R CHATEAUBRIAND	70
88160	EPINAL	POLYCLINIQUE LA LIGNE BLEUE	9 AV DU ROSE POIRIER	619
88321	NEUFCHATEAU	CHI L'OUEST VOSGIEN SITE NEUFCHATEAU	1280 AV DE LA DIVISION LECLERC	604
88413	SAINT DIE DES VOSGES	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	26 R DU NOUVEL HOPITAL	36
91228	EVRY COURCOURONNES	CLINIQUE DE L ESSONNE	BD DES CHAMPS ELYSEES	32
91228	EVRY COURCOURONNES	CMCO D EVRY	2 AV DE MOUSSEAU	9
91345	LONGJUMEAU	CLINIQUE DE L YVETTE	67 RTE DE CORBEIL	69
95313	ISLE ADAM	CLINIQUE CONTI	3 CHE DES TROIS SOURCES	56
9A101	ABYMES	POLYCLINIQUE DE LA GUADELOUPE	MORNE JOLIVIERE	4
9A103	BAIE MAHAULT	CLINIQUE -LES EAUX CLAIRES-	Moudong Sud	8
9B209	FORT DE FRANCE	CLINIQUE SAINT PAUL	4 R DES HIBISCUS	2
9B230	TRINITE	CHU DE MARTINIQUE SITE DE TRINITE	Rue Jean Eugene Fatier	1
9C302	CAYENNE	HOPITAL PRIVE SAINT-GABRIEL	1453 RTE DE BADUEL	17
9D422	TAMPON	CLINIQUE DURIEUX	100 R DE FRANCE	15
9E502	SAINT-PIERRE	CH FRANCOIS DUNAN	BOULEVARD PORT EN BESSIN BP 4216	1

Liste des maternités de type 2a : 118 maternités concernées

Code commune	Nom commune	Nom maternité	Adresse	Nombre de communes associées
02168	CHATEAU THIERRY	CH CHÂTEAU-THIERRY	RTE DE VERDILLY	66
02408	LAON	CH LAON	33 R MARCELIN BERTHELOT	159
03190	MOULINS	CH DE MOULINS	10 AV DU GENERAL DE GAULLE	270
03310	VICHY	CH JACQUES LACARIN VICHY	BD DENIERE	290
05061	GAP	CHI DES ALPES DU SUD SITE DE GAP	1 PL AUGUSTE MURET	80
06004	ANTIBES	CH D'ANTIBES JUAN LES PINS	107 AV DE NICE	427
06029	CANNES	CH DE CANNES SIMONE VEIL	15 AV DES BROUSSAILLES	10
06088	NICE	POLYCLINIQUE SANTA MARIA	57 AV DE LA CALIFORNIE	12
07010	ANNONAY	CH ARDECHE NORD	R DU BON PASTEUR	18
07019	AUBENAS	CH D'AUBENAS	14 AV DE BELLANDE	31
08409	SEDAN	CENTRE HOSPITALIER DE SEDAN	2 AV GENERAL MARGUERITTE	245
09122	FOIX	CHIVAL SITE FOIX	CHE DU BARRAU	261
11069	CARCASSONNE	CH CARCASSONNE	1060 CHE DE LA MADELEINE	119

13001	AIX EN PROVENCE	MATERNITE CATHOLIQUE PROVENCE L'ETOILE	RTE DEPARTEMENTALE 14	62
13055	MARSEILLE 12E ARRONDISSEMENT	HOPITAL PRIVE BEAUREGARD VERT COTEAU	12 IMP DU LIDO	27
13055	MARSEILLE 6E ARRONDISSEMENT	CLINIQUE BOUCHARD	77 R DU DOCTEUR ESCAT	5
13103	SALON DE PROVENCE	HOPITAL DU PAYS SALONNAIS	207 AV JULIEN FABRE	36
14118	CAEN	POLYCLINIQUE DU PARC - CAEN	20 AV GEORGES GUYNEMER	87
15014	AURILLAC	CH HENRI MONDOR	50 AV DE LA REPUBLIQUE	218
17299	ROCHEFORT	CENTRE HOSPITALIER ROCHEFORT	1 AV BELIGON	352
19031	BRIVE LA GAILLARDE	CENTRE HOSPITALIER DUBOIS BRIVE	3 BD DOCTEUR VERLHAC	392
21054	BEAUNE	HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	AV GUIGONE DE SALINS	272
22187	PLERIN	HOPITAL PRIVÉ DES COTES D'ARMOR	10 R FRANCOIS JACOB	27
23096	GUERET	CENTRE HOSPITALIER GUERET	39 AV DE LA SENATORERIE	258
25056	BESANCON	POLYCLINIQUE DE FRANCHE COMTE	4 R AUGUSTE RODIN	173
25462	PONTARLIER	CHI HC SITE RIVES DU DOUBS PONTARLIER	2 FG SAINT ETIENNE	41
26198	MONTELIMAR	CH PORTES PROVENCE MONTELIMAR	QUA BEAUSSERET	74
26281	ROMANS SUR ISERE	HOPITAUX DROME NORD - ROMANS-SUR-ISERE	607 AV GENEVIEVE DE GAULLE	29
28134	DREUX	CH DREUX	44 AV PRESIDENT JOHN-FIT-KENNEDY	73
29019	BREST	POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	375 RUE ERNESTINE DE TREMAUDAN	28
29151	MORLAIX	C.H. DES PAYS DE MORLAIX	15 R KERSAINT GILLY	89
30007	ALES	CH ALES CEVENNES	811 AV DR JEAN GOUBERT	23
30028	BAGNOLS SUR CEZE	CH LOUIS PASTEUR	AV ALPHONSE DAUDET	3
31488	SAINT JEAN	CL DE L'UNION	BD DE RATALENS	8
31555	TOULOUSE	CL RIVE GAUCHE	49 ALL CHARLES DE FITTE	437
32013	AUCH	CH AUCH EN GASCOGNE	ALL MARIE CLARAC	678
33063	BORDEAUX	POLYCLIN BORDEAUX-NORD AQUITAINE	33 R DU DOCTEUR FINLAY	401
34172	MONTPELLIER	CL CLEMENTVILLE	25 R DE CLEMENTVILLE	106
34172	MONTPELLIER	POLYCL ST ROCH	560 AV DU COLONEL ANDRE PAVELET	27
34301	SETE	HOPITAL ST CLAIR HBT SETE	BD CAMILLE BLANC	80
35115	FOUGERES	C.H FOUGERES	133 R DE LA FORET	44
35238	RENNES	CLINIQUE MUTUALISTE DE LA SAGESSE	4 PL ST GUENOLE	9
35278	SAINT GREGOIRE	CHP SAINT GREGOIRE	6 BD DE LA BOUTIERE	13
35288	SAINT MALO	CENTRE HOSPITALIER SAINT-MALO	1 R DE LA MARNE	109
35360	VITRE	CENTRE HOSPITALIER VITRE	30 RTE DE RENNES	28
36044	CHATEAUROUX	CH CHATEAUROUX	216 AV DE VERDUN	182
37050	CHAMBRAY LES TOURS	PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI	1 AV DU PROF ALEXANDRE MINKOWSKI	176
38053	BOURGOIN JALLIEU	CLINIQUE ST VINCENT DE PAUL BOURGOIN	70 AV DU MÉDIPÔLE	63

38421	SAINT MARTIN D HERES	CLINIQUE BELLEDONNE	83 AV GABRIEL PERI	97
38563	VOIRON	HOPITAL DE VOIRON	14 RTE DES GORGES	51
39198	DOLE	CH LOUIS PASTEUR DOLE	AV LEON JOUHAUX	185
40088	DAX	CENTRE HOSPITALIER DAX	51 BD YVES DU MANOIR	515
42218	SAINT ETIENNE	HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 BD DE LA PALLE	103
43157	PUY EN VELAY	CH EMILE ROUX LE PUY	12 BD DU DR CHANTEMESSE	98
44036	CHATEAUBRIANT	CH CNP SITE CHATEAUBRIANT	9 R DE VERDUN	6
44109	NANTES	CLINIQUE JULES VERNE	2 RTE DE PARIS	114
44162	SAINT HERBLAIN	SANTE ATLANTIQUE	AV CLAUDE BERNARD	61
45302	SARAN	ORELIANCE - LONGUES ALLEES	553 AV JACQUELINE AURIOL	201
46042	CAHORS	CH JEAN ROUGIER CAHORS	52 PL ANTONIN BERGON	292
48095	MENDE	HOPITAL LOZERE SITE VALLEE DU LOT	AV DU HUIT MAI 1945	121
49007	ANGERS	CLINIQUE DE L'ANJOU	9 R DE L HIRONDELLE	56
49328	SAUMUR	CH DE SAUMUR	RTE DE FONTEVRAUD	82
50502	SAINT LO	CH MEMORIAL - SAINT-LO	715 R DUNANT	12
51108	CHALONS EN CHAMPAGNE	CENTRE HOSPITALIER DE CHALONS	51 R DU COMMANDANT DERRIEN	239
52121	CHAUMONT	CENTRE HOSPITALIER DE CHAUMONT	2 R JEANNE D'ARC	531
55545	VERDUN	CH VERDUN/ST MIHIEL-HOP ST NICOLAS	2 R D'ANTHOUARD	284
56151	NOYAL PONTIVY	CHCB- SITE KÉRIO	KÉRIO	56
56260	VANNES	HÔPITAL PRIVÉ OCÉANE	11 R DU DR JOSEPH AUDIC	26
59122	CAMBRAI	GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE	22 R WATTEAU	144
59170	DECHY	CH DOUAI DECHY	RTE DE CAMBRAI	46
59599	TOURCOING	HOPITAL GUY CHATILIEZ CH TOURCOING	155 R DU PRESIDENT COTY	3
61001	ALENCON	CHICAM - SITE ALENCON	25 R DE FRESNAY	145
61169	FLERS	CH -JACQUES MONOD- - FLERS	R EUGÈNE GARNIER	19
62119	BETHUNE	CH BETHUNE	27 R DELBECQUE	22
62765	SAINT OMER	CH REGION DE ST OMER	RTE DE BLENDECQUES	8
63032	BEAUMONT	HOPITAL PRIVE LA CHATAIGNERAIE	59 R DE LA CHATAIGNERAIE	221
67437	SAVERNE	CH SAINTE-CATHERINE DE SAVERNE	19 COTE DE SAVERNE	294
67447	SCHILTIGHEIM	CMCO	19 R LOUIS PASTEUR	195
67482	STRASBOURG	CLINIQUE SAINTE-ANNE	182 RTE DE LA WANTZENAU	15
68224	MULHOUSE	CLINIQUE DIACONAT FONDERIE	1 R SAINT-SAUVEUR	62
69081	ECULLY	CLINIQUE DU VAL D'OUEST VENDÔME	39 CHE DE LA VERNIQUE	234
69266	VILLEURBANNE	MEDIPOLE HOPITAL MUTUALISTE	158 R LEON BLUM	172
70550	VESOUL	GH HAUTE SAONE SITE VESOUL	2 R RENE HEYMES	382
73011	ALBERTVILLE	CH D'ALBERTVILLE	253 R PIERRE DE COUBERTIN	67
74087	CONTAMINE SUR ARVE	CH ALPES LEMAN	558 RTE DE FINDROL	55
74256	SALLANCHES	HOPITAUX DU MONT BLANC SITE SALLANCHES	380 R DE L'HOPITAL	24
74281	THONON LES BAINS	HOPITAUX DU LEMAN	3 AV DE LA DAME	72
76217	DIEPPE	CH DIEPPE	AV PASTEUR	11

76231	ELBEUF	CH LES FEUGRAIS CHI ELBEUF	Rue Docteur Villers	122
76451	MONT SAINT AIGNAN	CH DU BELVEDERE MONT-SAINT-AIGNAN	72 R LOUIS PASTEUR	168
76540	ROUEN	CLINIQUE MATHILDE ROUEN	7 BD DE L'EUROPE	51
77131	COULOMMIERS	CH DE COULOMMIERS	4 R GABRIEL PERI	31
77379	PROVINS	CH DE PROVINS LEON BINET	RTE DE CHALAUTRE	310
78158	CHESNAY ROCQUENCOURT	HOPITAL PRIVE DE PARLY II	21 R MOXOURIS	3
78517	RAMBOUILLET	CH DE RAMBOUILLET	5 R PIERRE ET MARIE CURIE	62
78621	TRAPPES	HOPITAL PRIVE DE L OUEST PARISIEN	14 AV CASTIGLIONE DEL LAGO	13
79116	FAYE L ABBESSE	SITE HOSPITALIER FAYE L'ABBESSE	4 R DU DOCTEUR MICHEL BINET	276
80001	ABBEVILLE	CH ABBEVILLE	43 R DE L'ISLE	19
80021	AMIENS	CLINIQUE VICTOR PAUCHET DE BUTLER	2 AV D'IRLANDE	134
81004	ALBI	CH ALBI	22 BD SIBILLE	127
81065	CASTRES	CHIC CASTRES MAZAMET SITE AUTAN	6 AV DE LA MONTAGNE NOIRE	266
82121	MONTAUBAN	CH DE MONTAUBAN	100 R LEON CLADEL	267
83050	DRAGUIGNAN	CH LA DRACENIE DE DRAGUIGNAN	RTE DE MONTFERRAT	68
83061	FREJUS	CHI DE FREJUS SAINT RAPHAEL	240 AV DE SAINT LAMBERT	52
84007	AVIGNON	POLYCLINIQUE URBAIN V	47 CHE DU PONT DES DEUX EAUX	41
86194	POITIERS	CLINIQUE DU FIEF DE GRIMOIRE	38 R DU FIEF DE GRIMOIRE	171
88383	REMIREMONT	CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT	1 R GEORGES LANG	527
89387	SENS	CH SENS	1 AV PIERRE DE COUBERTIN	217
91021	ARPAJON	CH D ARPAJON	18 AV DE VERDUN	35
91223	ETAMPES	CH DOURDAN ETAMPES SITE ETAMPES	26 AV CHARLES DE GAULLE	51
91514	QUINCY SOUS SENART	HOPITAL PRIVE CLAUDE GALIEN	20 RTE DE BOUSSY SAINT ANTOINE	22
94015	BRY SUR MARNE	HOPITAL PRIVE DE MARNE LA VALLEE	33 R LEON MENU	10
95052	BEAUMONT SUR OISE	GH CARNELLE PORTES OISE SITE BEAUMONT	25 R EDMOND TURCQ	83
95219	ERMONT	CLINIQUE CLAUDE BERNARD	9 AV LOUIS ARMAND	18
95585	SARCELLES	HOPITAL PRIVE NORD PARISIEN	3 BD DE LATTRE DE TASSIGNY	42
9D407	PORT	CLINIQUE JEANNE D'ARC	R ALSACE LORRAINE	1
9D411	SAINT DENIS	CLINIQUE STE-CLOTILDE	127 RTE DU BOIS DE NEFLES	8
9C304	KOUROU	CENTRE HOSPITALIER INTERCOM DE KOUROU	AV LEOPOLD HEDER	21

Liste des maternités de type 2b : 73 maternités concernées

Code commune	Nom commune	Nom maternité	Adresse	Nombre de communes associées
01451	VIRIAT	CH DE FLEYRIAT	900 RTE DE PARIS	54
02691	SAINT QUENTIN	CH SAINT-QUENTIN	1 R MICHEL DE L'HOSPITAL	88
02722	SOISSONS	CH SOISSONS	46 AV DU GÉNÉRAL DE GAULLE	58
03185	MONTLUCON	CH DE MONTLUCON	18 AV DU 8 MAI 1945	660
06069	GRASSE	CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE	CHE DE CLAVARY	285
08105	CHARLEVILLE MEZIERES	CH CHARLEVILLE - HOPITAL MANCHESTER	45 AV DE MANCHESTER	187
12202	RODEZ	CH DE RODEZ HOPITAL JACQUES PUEL	AV DE L'HOPITAL	887
13001	AIX EN PROVENCE	CHI SITE D'AIX EN PROVENCE	AV DES TAMARIS	198
13056	MARTIGUES	CH DE MARTIGUES HOPITAL DES RAYETTES	3 BD DES RAYETTES	1
14366	LISIEUX	CENTRE HOSPITALIER DE LISIEUX	4 R ROGER AINI	607
16015	ANGOULEME	CENTRE HOSPITALIER D'ANGOULEME	RPT DE GIRAC	236
17300	ROCHELLE	HOPITAL SAINT-LOUIS - LA ROCHELLE	R DU DR SCHWEITZER	17
17415	SAINTES	CTRE HOSP. DE SAINTONGE - SAINTES	11 BD AMBROISE PARE	62
18033	BOURGES	CH BOURGES - JACQUES COEUR	145 AV F MITTERAND	129
21231	DIJON	HOPITAL PRIVE DIJON BOURGOGNE	22 AV FRANÇOISE GIROUD	475
24322	PERIGUEUX	CENTRE HOSPITALIER DE PERIGUEUX	80 AV GEORGES POMPIDOU	611
26362	VALENCE	CH DE VALENCE	179 BD MARECHAL JUIN	637
27229	EVREUX	CH EVREUX CH EURE-SEINE	R LEON SCHWARTZENBERG	431
28110	COUDRAY	CH CHARTRES LOUIS PASTEUR-LE COUDRAY	4 R CLAUDE BERNARD	70
29232	QUIMPER	CHIC QUIMPER	14 AV YVES THEPOT	178
2A004	AJACCIO	CH ND LA MISERICORDE	27 AV IMPERATRICE EUGENIE	100
2B033	BASTIA	CENTRE HOSPITALIER DE BASTIA	604 Chemin de Falconaja	143
31555	TOULOUSE	CL AMBROISE PARE	387 RTE DE SAINT SIMON	1 001
33243	LIBOURNE	CTRE HOSPIT.R.BOULIN-LIBOURNE	112 R DE LA MARNE	280
34032	BEZIERS	CH BEZIERS	2 R VALENTIN HAUY	628
39300	LONS LE SAUNIER	CH LONS	55 R DR JEAN MICHEL	385
40192	MONT DE MARSAN	CHI MONT DE MARSAN ET PAYS DES SOURCES	AV PIERRE DE COUBERTIN	489
41018	BLOIS	CH BLOIS SIMONE VEIL	MAIL PIERRE CHARLOT	365
42187	ROANNE	CH DE ROANNE	28 R DE CHARLIEU	608
44184	SAINT NAZAIRE	CH DE SAINT NAZAIRE	11 BD GEORGES CHARPAK	235
45004	AMILLY	CH AGGLOMERATION MONTARGOISE	658 R DES BOURGOINS	85
47001	AGEN	CH AGEN NERAC - HOPITAL SAINT-ESPRIT	21 RTE DE VILLENEUVE	392
49099	CHOLET	CH DE CHOLET	1 R MARENGO	118

50025	AVRANCHES	CHAG - SITE AVRANCHES	59 R DE LA LIBERTE	595
51058	BEZANNES	POLYCLINIQUE REIMS - BEZANNES	109 R LOUIS VICTOR DE BROGLIE	242
52448	SAINT DIZIER	CH GENEVIEVE DE GAULLE ANTHONIOZ	1 R ALBERT SCHWEITZER	542
53130	LAVAL	CENTRE HOSPITALIER DE LAVAL	33 R DU HAUT ROCHER	223
54395	NANCY	POLYCLINIQUE MAJORELLE	95 Rue AMBROISE PARÉ	180
56121	LORIENT	GHBS- HÔPITAL DU SCORFF	5 AV DE CHOISEUL	303
57227	FORBACH	CH MARIE-MADELEINE DE FORBACH	2 R THERESE	151
57463	METZ	HOPITAL-CLINIQUE CLAUDE BERNARD	97 R CLAUDE BERNARD	20
57672	THIONVILLE	HOPITAL BEL AIR DE THIONVILLE - CHR	1 R DE FRISCATY	88
58194	NEVERS	HOPITAL PIERRE BEREGOVOY	1 AV PATRICK GUILLOT	186
59350	LILLE	HOPITAL SAINT VINCENT - SAINT ANTOINE	51 BD DE BELFORT	247
59392	MAUBEUGE	CH SAMBRE AVESNOIS MAUBEUGE	13 BD PASTEUR	83
59512	ROUBAIX	HOPITAL VICTOR PROVO	11 BD LACORDAIRE	4
60057	BEAUVAIS	CH BEAUVAIS	40 AV LÉON BLUM	403
60159	COMPIEGNE	CH CHICN COMPIÈGNE	8 AV HENRI ADNOT	80
62160	BOULOGNE SUR MER	CH BOULOGNE-SUR-MER	R JACQUES MONOD	340
65440	TARBES	CH BIGORRE SITE GESPE TARBES	BD DE LATTRE DE TASSIGNY	524
67180	HAGUENAU	CENTRE HOSPITALIER DE HAGUENAU	64 AV DU PROFESSEUR RENE LERICHE	34
68066	COLMAR	HOPITAL LOUIS PASTEUR	39 AV DE LA LIBERTE	139
69092	GLEIZE	CH NORD OUEST - VILLEFRANCHE	PLT D'OUILLY	11
69123	LYON 8E ARRONDISSEMENT	HOPITAL PRIVE NATECIA	22 AV ROCKEFELLER	71
69152	PIERRE BENITE	HOPITAL LYON SUD - HCL	165 CHE DU GRAND REVOYET	108
71076	CHALON SUR SAONE	CH WILLIAM MOREY CHALON SUR SAONE	4 R CAPITAINE DRILLIEN	102
71270	MACON	CH LES CHANAUX MACON	350 BD LOUIS ESCANDE	7
72181	MANS	CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	62 R DE GUETTELOUP	352
74010	ANNECY	CH ANNECY-GENEVOIS SITE ANNECY	1 AV DE L'HOPITAL	541
77186	FONTAINEBLEAU	CH DE FONTAINEBLEAU	55 BD DU MARECHAL JOFFRE	31
77237	JOSSIGNY	GHEF MARNE LA VALLEE SITE JOSSIGNY	2 CRS DE LA GONDOIRE	29
78361	MANTES LA JOLIE	CH FRANCOIS QUESNAY MANTES	2 BD SULLY	50
79191	NIORT	CENTRE HOSPITALIER DE NIORT	40 AV CHARLES DE GAULLE	193
83137	TOULON	CHITS CH SAINTE MUSSE	54 R HENRI SAINTE CLAIRE DEVILLE	43
84007	AVIGNON	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT	305 R RAOUL FOLLEREAU	403
85191	ROCHE SUR YON	CENTRE HOSPITALIER-SITE LA ROCHE/YON	BD STEPHANE MOREAU	20
88160	EPINAL	CHI E.DURKHEIM - PLATEAU DE LA JUSTICE	3 AV ROBERT SCHUMAN	346
89024	AUXERRE	CH AUXERRE	2 BD DE VERDUN	483
90097	TREVENANS	HNFC SITE TREVENANS	100 RTE DE MOVAL	328

91345	LONGJUMEAU	CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU	159 R DU PDT FRANCOIS MITTERRAND	28
9A127	SAINT MARTIN	C.H. LOUIS CONSTANT FLEMING	SPRING CONCORDIA	1
9C311	SAINT LAURENT DU MARONI	CENTRE HOSPITALIER -FRANCK-JOLY-	1465 BD DE LA LIBERTE	22
9D415	SAINT PAUL	CH OUEST REUNION	IMPASSE PLAINE CHABRIER	14

Liste des maternités de type 3 : 56 maternités concernées

Code commune	Nom commune	Nom maternité	Adresse	Nombre de communes associées
06088	NICE	CHU DE NICE HOPITAL DE L'ARCHET	151 RTE SAINT ANTOINE DE GINESTIERE	565
10387	TROYES	CENTRE HOSPITALIER DE TROYES	101 AV ANATOLE FRANCE	990
13055	MARSEILLE 15E ARRONDISSEMENT	APHM HOPITAL NORD	CHE DES BOURRELY	261
13055	MARSEILLE 5E ARRONDISSEMENT	APHM HOPITAL DE LA CONCEPTION	147 BD BAILLE	62
14118	CAEN	CHU COTE DE NACRE - CAEN	AV COTE DE NACRE	246
21231	DIJON	HOPITAL LE BOCAGE CHRU DIJON	1 BD JEANNE D ARC	849
22278	SAINT BRIEUC	CENTRE HOSPITALIER YVES LE FOLL	10 R MARCEL PROUST	160
25056	BESANCON	CHRU JEAN MINJOZ	3 BD FLEMING	897
29019	BREST	CHRU BREST SITE HOPITAL MORVAN	5 AV FOCH	147
30189	NIMES	CHU NIMES CAREMEAU	PL DU PROFESSEUR ROBERT DEBRE	369
31555	TOULOUSE	HOPITAUX MERE & ENFANTS SITE VIGUIER	330 AV DE GRANDE BRETAGNE	1 796
33063	BORDEAUX	GROUPE HOSPITALIER PELLEGRIN - CHU	PL AMELIE RABA LEON	1 058
34172	MONTPELLIER	HOPITAL ARNAUD DE VILLENEUVE CHU MPT	371 AV DU DOYEN GASTON GIRAUD	345
35238	RENNES	CHRU RENNES SITE HOPITAL SUD	16 BD DE BULGARIE	295
37261	TOURS	CHRU BRETONNEAU - TOURS	2 BD TONNELLE	267
38516	TRONCHE	HOPITAL NORD - CHU38	BD DE LA CHANTOURNE	484
42275	SAINT PRIEST EN JAREZ	HOPITAL NORD - CHU42	AV ALBERT RAIMOND	604
44109	NANTES	CHU DE NANTES SITE HOTEL DIEU HME	1 PL ALEXIS RICORDEAU	294
45234	ORLEANS	CHR ORLÉANS - HÔPITAL DE LA SOURCE	14 AV DE L'HOPITAL	655
49007	ANGERS	CHR ANGERS SITE LARREY	4 R LARREY	273
50129	CHERBOURG EN COTENTIN	CHPC - SITE CHERBOURG	46 R DU VAL DE SAIRE	134
51454	REIMS	HOPITAL MAISON BLANCHE CHU REIMS	45 R COGNACQ JAY	917
54395	NANCY	CHRU NANCY - MATERNITE	10 R DU DR HEYDENREICH	1 557
56260	VANNES	CHBA SITE DE VANNES	20 BD GENERAL MAURICE GUILLAUDOT	108
59606	VALENCIENNES	CH VALENCIENNES	114 AV DESANDROUINS	287
60612	SENLIS	CH GHPSO SENLIS	14 AV PAUL ROUGÉ	88
62041	ARRAS	CH ARRAS	BD GEORGES BESNIER	116

62193	CALAIS	CH CALAIS	1601 BD DES JUSTES	149
62498	LENS	CH LENS	99 RTE DE LA BASSEE	1
63113	CLERMONT FERRAND	HOPITAL ESTAING - CHU63	1 PL LUCIE AUBRAC	1 218
64102	BAYONNE	CH DE LA COTE BASQUE - BAYONNE	13 AV DE L'INTERNE JACQUES LOEB	115
64445	PAU	CENTRE HOSPITALIER DE PAU	4 BD HAUTERIVE	895
66136	PERPIGNAN	CH PERPIGNAN	20 AV DU LANGUEDOC	523
67482	STRASBOURG	HOPITAL DE HAUTEPIERRE	1 AV MOLIERE	323
68224	MULHOUSE	HOPITAL EMILE MULLER	20 R DU DR LAENNEC	308
69029	BRON	HOPITAL FEMME MERE ENFANT - HCL	59 BD PINEL	213
69123	LYON 4E ARRONDISSEMENT	HOPITAL CROIX-ROUSSE - HCL	103 GR DE LA CROIX ROUSSE	357
72181	MANS	CENTRE HOSPITALIER DU MANS	194 AV RUBILLARD	305
73065	CHAMBERY	CHMS CHAMBERY NH	PL LUCIEN BISET	492
76447	MONTIVILLIERS	HOPITAL JACQUES MONOD CH LE HAVRE	29 R P MENDES FRANCE	164
76540	ROUEN	HOPITAL CHARLES NICOLLE CHU ROUEN	1 R DE GERMONT	478
77284	MEAUX	CH DE MEAUX SITE SAINT FARON	6 R SAINT FIACRE	304
78498	POISSY	CHI POISSY ST GERMAIN SITE DE POISSY	10 R DU CHAMP GAILLARD	133
80725	SALOUEL	CHU AMIENS SUD	1 RPT DU PROFESSEUR CHRISTIAN CABROL	295
86194	POITIERS	CHU LA MILETRIE	2 R DE LA MILETRIE	594
87085	LIMOGES	HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT	8 AV DOMINIQUE LARREY	1 085
91174	CORBEIL ESSONNES	CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES	40 AV SERGE DASSAULT	177
92023	CLAMART	HU PARIS SUD SITE ANTOINE BECLERE APHP	157 R DE LA PTE DE TRIVAUX	12
95500	PONTOISE	CH RENE DUBOS	6 AV DE L ILE DE FRANCE	78
9A101	ABYMES	C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	Route de Chauvel	6
9A105	BASSE TERRE	CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE -TERRE	AV GASTON FEUILLARD	2
9B209	FORT DE FRANCE	CHU DE MARTINIQUE SITE MERE ENFANT	R DU COUP DE MAIN	6
9C302	CAYENNE	CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE	R DES FLAMBOYANTS	17
9D411	SAINT DENIS	CHU SITE FELIX GUYON (SAINT DENIS)	ALL DES TOPAZES	3
9D416	SAINT PIERRE	CHU SITE SUD (SAINT PIERRE)	AV FRANCOIS MITTERRAND	4
9F611	MAMOUDZOU	CHM	R DE L'HOPITAL	5

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/PF4/2022/136 du 9 mai 2022 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2022

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (pour diffusion)

Mesdames et Messieurs les directeurs
d'établissements de santé (pour mise en œuvre)

Référence	NOR : SSAH2213871N (numéro interne : 2022/136)
Date de signature	09/05/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2022.
Contact utile	Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau innovation et recherche clinique (PF4) Harold ASTRE Tél. : 01 40 56 79 30 Mél. : harold.astre@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	7 pages et 7 annexes (20 pages) Annexe I : Continuum de la recherche en santé Annexe II : Format de lettre d'intention Annexe III : Programme de recherche translationnelle Annexe IV : Programme hospitalier de recherche clinique Annexe V : Programme de recherche médico-économique Annexe VI : Programme de recherche sur la performance du système de soins Annexe VII : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
Résumé	La présente note lance la campagne 2022 des appels à projets de recherche sur les soins et l'offre de soins. Ces appels à projets s'inscrivent dans les cinq programmes ministériels de recherche appliquée en santé couvrant les champs de la recherche translationnelle, clinique, médico-économique, organisationnelle et paramédicale. Les projets de recherche sélectionnés dans ce cadre ont pour objectif l'amélioration des prises en charge des patients et celle de la performance du système des soins.

Mention Outre-mer	Le texte s'applique en l'état aux Outre-mer, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie, de la Polynésie française, de Saint-Pierre-et-Miquelon, des Terres australes et antarctiques françaises et des îles de Wallis-et-Futuna.
Mots-clés	PRT – PHRC – PRME – PREPS – PHRIP – recherche appliquée en santé – recherche translationnelle – recherche clinique – recherche médico-économique – recherche organisationnelle – recherche paramédicale – innovation en santé – parcours de santé – performance du système de soins – santé mentale ou psychiatrie – pédopsychiatrie – préventions en santé.
Classement thématique	Etablissements de santé
Texte de référence	Néant
Rediffusion locale	Les établissements de santé, les groupements de coopération sanitaire, les maisons et les centres de santé doivent être destinataires de cette instruction, par l'intermédiaire des agences régionales de santé.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 mai 2022 – N° 58	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'introduction puis l'utilisation de technologies de santé[1] innovantes et pertinentes, favorables au suivi et à la prise en charge des patients dans leur parcours de santé, sont le résultat de recherches s'inscrivant dans un *continuum* structuré (cf. annexe I). Les cinq programmes ministériels de recherche appliquée en santé s'inscrivent dans la partie aval de ce *continuum* et couvrent la recherche appliquée aux soins et à l'offre de soins. Ils visent des projets de recherche dont le niveau de maturité technologique, ou TRL pour *Technology Readiness Level*[2], est compris entre les niveaux 4C et 9, inclus.

Ces projets de recherche concourent à la fois (i) au développement de technologies de santé nouvelles et innovantes, (ii) à l'interrogation de la pertinence de celles déjà mises en œuvre, notamment concernant leur efficacité ou leur efficience et (iii) à l'optimisation de l'organisation des soins et des parcours de santé.

Programmes de recherche ministériels et appels à projets correspondants

La recherche translationnelle évalue la transposabilité en recherche clinique d'un concept innovant identifié lors d'une recherche fondamentale et cognitive ou interroge un tel concept identifié, par exemple par sérendipité, en recherche clinique : elle définit le champ du programme de recherche translationnelle (PRT, cf. annexe III).

La recherche clinique évalue l'efficacité, la sécurité, la tolérance et la faisabilité des technologies de santé : elle définit le champ du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC, cf. annexe IV).

La recherche médico-économique évalue l'efficience des technologies de santé innovantes ou des parcours de santé : elle définit le champ du programme de recherche médico-économique (PRME, cf. annexe V).

La recherche organisationnelle évalue l'efficience des offreurs de soins et des dispositifs destinés à améliorer la qualité des soins et des pratiques : elle définit le champ du programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS, cf. annexe VI).

La recherche sur les pratiques et les organisations de soins mises en œuvre par les auxiliaires médicaux évalue leur sécurité, leur efficacité et leur efficience : elle définit le champ du programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP, cf. annexe VII).

Chaque programme de recherche se décline en un ou plusieurs appels à projets :

- Programme de recherche translationnelle en santé, PRT-S ;
- Programme de recherche translationnelle en cancérologie, PRT-K ;
- Programme de recherche clinique national, PHRC-N ;
- Programme de recherche clinique national en cancérologie, PHRC-K ;
- Programme de recherche clinique inter-régional, PHRC-I ;
- Programme de recherche médico-économique, y compris en cancérologie, PRME ;
- Programme de recherche sur la performance du système des soins, PREPS ;
- Programme de recherche infirmière et paramédicale, PHRIP.

La présente note précise la complémentarité de ces huit appels à projets pour faciliter l'orientation des candidats.

Le champ de ces appels à projets est précisé dans les annexes associées. Les projets de recherche dont le seul but vise à la constitution ou à l'entretien de cohortes ou de collections biologiques ne sont éligibles à aucun d'entre eux.

---

[1] Technologie de santé : intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé. cf. http://www.inahta.org/

[2] https://www.medicalcountermeasures.gov/trl/integrated-trls/

Priorités thématiques

L'ensemble des thématiques ou problématiques de santé que les porteurs souhaiteraient soumettre à candidature sont éligibles et bienvenues. En cela, les appels à projets de la présente note sont dits « blancs ».

Cependant, la prévention et la promotion de la santé, tout au long de la vie et dans tous les milieux, constituent des enjeux majeurs, exposés et détaillés dans la stratégie nationale de santé (https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022). Pour cette raison, deux thématiques sont à nouveau considérées dans l'ensemble des appels à projets constitutifs de cette instruction comme prioritaires. Les projets portant sur la recherche, en santé mentale et en psychiatrie -et tout particulièrement en pédopsychiatrie-, ainsi que ceux portant sur les différents types de prévention en santé, sont donc particulièrement attendus. Ces projets feront l'objet à ce titre d'une attention particulière, thématique par thématique, dans le cadre du PHRC-N, du PREPS, du PRME et du PHRIP.

La recherche en soins primaires[3] qui constituait également une priorité de ces appels à projets, est désormais traitée de façon ad hoc dans un appel à projets dédié depuis 2021.

La recherche dans le domaine des maladies infectieuses émergentes fera l'objet également d'un traitement ad hoc dans un appel à projets dédié à partir de 2022.

Les projets s'inscrivant dans une priorité ou un plan de santé publique gouvernemental pourront par ailleurs faire l'objet d'une attention particulière.

Mise en œuvre des appels à projets

Quatre des huit appels à projets ministériels concernés par cette note d'information sont partenariaux. La gestion des deux appels à projets en cancérologie (PRT-K et PHRC-K) est déléguée à l'Institut national du cancer (INCa), celle du PRT-S à l'Agence nationale de la recherche (ANR) et celle du PHRC-I aux Groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI). Pour ces appels à projets partenariaux, les projets retenus sont ensuite validés par le ministère chargé de la santé sous réserve de leur conformité aux orientations définies dans la présente note.

Le calendrier et les modalités de sélection de ces appels à projets partenariaux sont disponibles, respectivement, sur les sites de l'INCa (http://www.e-cancer.fr), de l'ANR (http://www.agence-nationale-recherche.fr) et sur ceux des GIRCI, ainsi que sur celui du ministère (https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/).

Procédure de sélection des projets candidats

La modalité de sélection des projets en deux étapes s'applique à tous les appels à projets visés par la présente note.
Etape 1 : présélection, à l'exception du PRT, les candidats soumettent des lettres d'intention selon le modèle présenté en annexe II.
Etape 2 : sélection, les candidats dont la lettre d'intention a été retenue lors de l'étape 1 soumettent un dossier complet comprenant leur projet. En fonction du type de plan expérimental choisi, ils pourront trouver des recommandations relatives à cette présentation sur le site Equator (http://www.equator-network.org/).

---

[3] Les soins primaires englobent les notions de premier recours, d'accessibilité, de coordination, de continuité et de permanence des soins. Les soins primaires constituent la porte d'entrée dans le système qui fournit des soins de proximité, intégrés, continus, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. S'ils sont le premier contact des patients avec le système de soins, les soins primaires sont également structurants pour la suite du parcours du patient au sein du système de santé.

Les lettres d'intention soumises dans le cadre du PRME et du PREPS sont examinées lors de l'étape de présélection par un jury indépendant constitué de représentants des institutions publiques, dont le mandat est de juger de l'utilité et de la pertinence des questions soumises au regard des objectifs des politiques publiques et de l'aide à la décision.

Dans le cadre de la campagne 2022, des membres du jury de sélection (étape 2) pourront être associés à l'expertise de présélection (étape 1) selon des modalités à préciser.

Les jurys de présélection des PRT, PHRC et PHRIP, ainsi que les jurys de sélection de l'ensemble des appels à projets de tous les programmes, suivent les principes de l'évaluation par les pairs.

Ces procédures sont précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/appels-a-projets/programmes-recherche.

Les lettres d'intention des PHRC-N, PHRIP, PREPS et PRME doivent être déposées sur la plateforme INNOVARC (https://solidarites-sante.gouv.fr/innovarc) avant le :

6 octobre 2022 à 23h55

Pour toute question technique concernant le dépôt des dossiers au PHRC-N, au PHRIP, au PREPS ou au PRME, un formulaire de contact est à votre disposition sur la plateforme.

Ces modalités de soumission homogènes permettent, le cas échéant, un reclassement des lettres d'intention d'un appel à projets à l'autre, sans perte de temps pour les équipes candidates.

Conditions particulières d'éligibilité

Un projet antérieurement financé dans le cadre d'un des appels à projets visés par la présente note ne peut pas faire l'objet d'une nouvelle demande de financement.

Une étude ancillaire à un projet déjà financé dans le cadre d'un des programmes de recherche visés par la présente note ou soumise à un des appels à projets est recevable à la condition expresse qu'elle fasse l'objet d'une soumission indépendante du projet de recherche principal.

Une même lettre d'intention ne peut pas être soumise la même année à plusieurs appels à projets visés par la présente note.

Ouverture au financement des projets européens

Les projets d'envergure internationale sont bienvenus. Dans ce cadre, l'expérience de l'investigateur coordonnateur concernant la conduite de recherches multicentriques sera d'autant plus prise en compte. Dans le cas des projets internationaux, qui doivent être portés en totalité ou en partie par un investigateur coordonnateur français, les programmes de recherche pourront financer la partie française ainsi que les missions d'organisation, de surveillance et de coordination de la partie européenne du projet mais, le cas échéant, ne financeront aucune dépense hors Europe.

Suscitation

La présente note pourra être complétée au cours de l'année par des instructions dédiées, proposant des appels à projets ponctuels, dont l'objectif est de susciter des protocoles de recherche qui apportent une réponse à des questions spécifiques des pouvoirs publics en matière de soins et d'offre de soins.

Dépôt et portage des projets

Le dépôt et le portage d'un projet associent systématiquement, d'une part, un porteur individuel et, d'autre part, un établissement de santé[4], un Groupement de coopération sanitaire (GCS)[5], une maison de santé[6] ou un centre de santé[7], coordonnateur du projet et gestionnaire de son financement.

Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut porter un projet, sous réserve de l'engagement du responsable légal de cette structure.

Tout personnel appartenant à une des structures de soins énumérées ci-dessus peut solliciter une autre structure pour porter un projet, sous réserve de l'engagement conjoint des responsables légaux de la structure à laquelle il appartient et de la structure sollicitée.

Le portage d'un projet par un professionnel de santé libéral est possible, sous réserve (*i*) de conventionner avec un établissement de santé, un GCS, une maison ou un centre de santé coordonnateur pour la gestion des fonds qui seraient alloués au projet et (*ii*) du respect des règles relatives à la promotion de la recherche et à la gestion de son financement.

Financement des projets et gestion des fonds

Une grille budgétaire détaillant les financements nécessaires à la mise en œuvre du projet de recherche est exigée lors du dépôt des dossiers complets. Ce modèle et d'autres outils sont disponibles sur le site du ministère chargé de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/innovarc.

Les financements des projets sont alloués à la structure gestionnaire des fonds dans le cadre des circulaires budgétaires des établissements de santé ou dans celui des circulaires relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) pour les structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé). Dans tous les cas, ils sont ensuite notifiés à la structure gestionnaire des fonds par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) compétente.

Les crédits délégués sont destinés à l'usage exclusif de la structure gestionnaire des fonds. Le reversement de tout ou partie de ces crédits à d'autres personnes morales ou physiques n'est donc pas autorisé, sauf (i) lorsque des crédits sont reversés à des réseaux d'investigateurs pour la mise en œuvre de missions d'investigations ou (ii) dans le cas où le prestataire ainsi sollicité met en œuvre des compétences que la structure gestionnaire des fonds ne possède pas. Dans ce cas :

- le reversement des crédits est motivé dans le dossier complet ;
- les tâches faisant l'objet de la prestation sont précisément décrites dans le dossier complet, notamment dans la grille budgétaire ;
- le respect strict des règles d'achat applicables au gestionnaire des fonds est observé.

L'association d'une personne morale ou physique à la conception et/ou à la réalisation d'un projet à titre non onéreux peut donner lieu à une valorisation en termes de publication ou de partage des droits de propriété intellectuelle. Dans cette hypothèse, les termes de l'accord portant sur la valorisation sont convenus entre le porteur de projet et le(s) partenaire(s) et doivent être indiqués dans le dossier complet.

---

[4] définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants du code de la santé publique.

[5] définis aux articles L. 6133-1 à -8 du code de la santé publique.

[6] définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.

[7] définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Promotion d'un projet de recherche

Dans le cas des recherches impliquant la personne humaine définies à l'article L. 1121-1 du code de la santé publique, il appartient aux établissements de santé, aux GCS, aux maisons ou aux centres de santé d'assurer la promotion d'un projet retenu au titre des appels à projets faisant l'objet de la présente note.

Modalités de suivi administratif et financier des projets de recherche

Le suivi des projets retenus s'appuie sur un découpage en phases de leur déroulement et conditionne leur financement, adapté à l'avancement de la recherche. La délégation de la tranche de financement pour la réalisation de la phase *N+1* est ainsi fondée sur la production des éléments attestant la finalisation de la phase *N*. Ces modalités sont précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé : https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/merri
Les dossiers complets doivent contenir une annexe indépendante précisant le planning prévisionnel des phases.

Le suivi des projets PHRC-N, PHRC-I, PRME, PREPS et PHRIP est effectué par la DGOS, le suivi des PRT-K et PHRC-K par l'INCa et celui du PRT-S par l'ANR.

Pour demeurer éligibles au financement accordé, les projets retenus doivent obligatoirement être inscrits sur le site *ClinicalTrials.gov* ou sur un registre compatible[8]. Les données de ce registre devront être tenues à jour.

Le financement du projet peut être maintenu en cas de modifications du protocole initialement financé, sous réserve que ce protocole modifié permette de répondre à la question initialement posée. Ces modifications doivent être justifiées au plan scientifique, ne doivent pas entraîner une diminution du niveau de preuve de la réponse obtenue par rapport à celui escompté initialement et peuvent, le cas échéant, entraîner une diminution du budget initial du projet.

Gouvernance et suivi scientifiques des projets de recherche

Il est créé un comité scientifique de suivi des projets issus des programmes de recherche ministériels, composé de pairs. Ce comité a pour mission d'aider, au plan scientifique, à l'instruction de toute question relative au suivi des projets financés.

Publications et communications

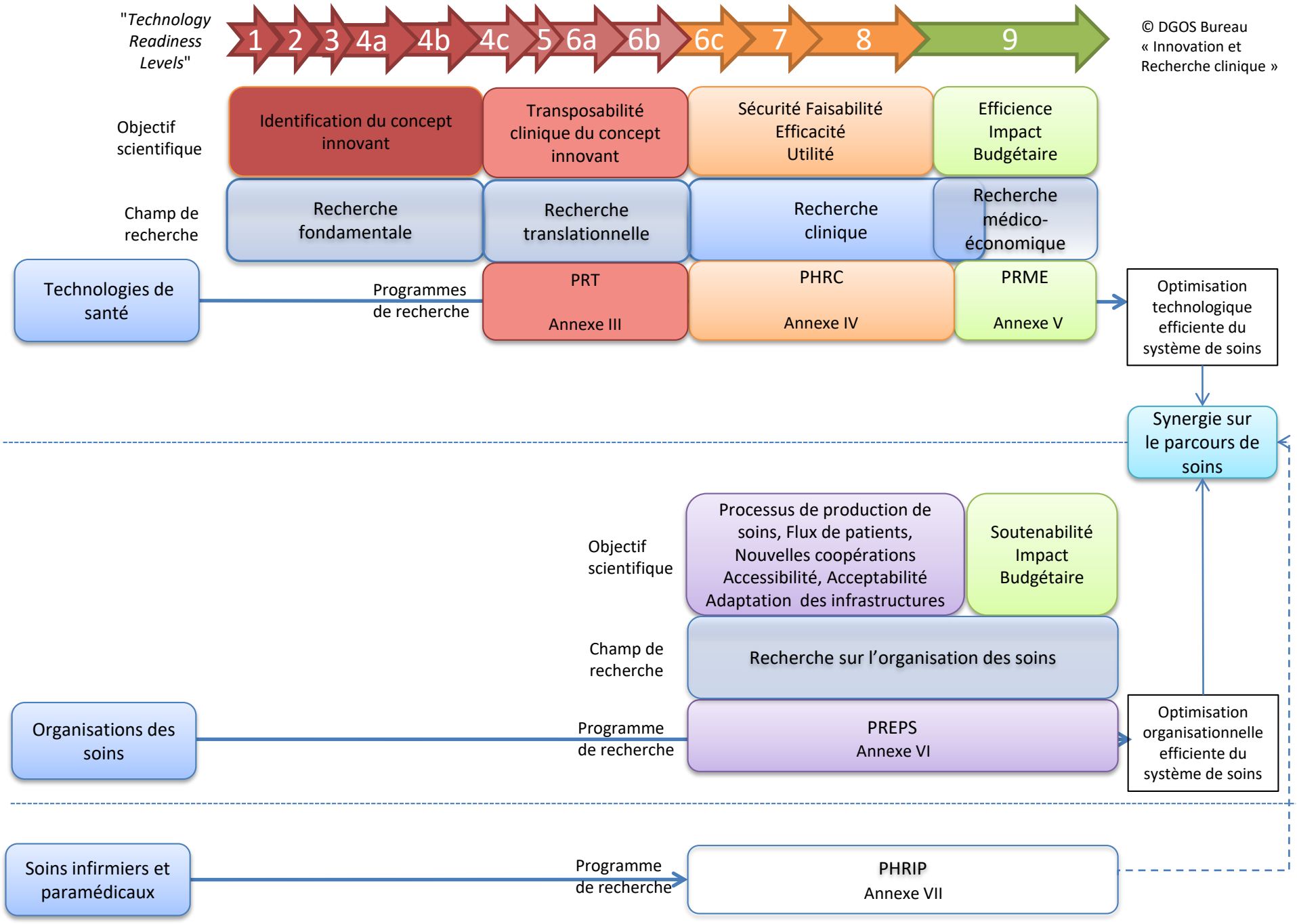
Les publications résultant des projets financés dans le cadre des appels à projets faisant l'objet de la présente note doivent clairement identifier l'établissement de santé, le GCS, la maison ou le centre de santé coordonnateur et doivent obligatoirement porter la mention : "*This study was supported by a grant from the French Ministry of Health (acronyme du programme, année du programme, n° d'enregistrement : exemple PHRC 2022 XXXX ou PREPS 2022 XXXX ou PRTS 2022, …)*". De plus, toute action de communication faisant référence à un projet financé dans le cadre des appels à projets faisant l'objet de la présente note doit mentionner le nom du programme ainsi que le soutien du ministère chargé de la santé.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
par intérim,

Cécile LAMBERT

[8] https://www.who.int/clinical-trials-registry-platform/network/primary-registries
Important : le registre choisi devra comporter une fonction de suivi, ou *audit trail,* publique, des données modifiées.

Annexe I : *Continuum* structuré de la recherche



Annexe II : Format de lettre d'intention disponible sur la plateforme Innovarc-3

La lettre d'intention est rédigée en français, sauf pour le PHRC-N et le PHRC-K qui exigent une rédaction en anglais.

* Champs obligatoires/ *Mandatory fields*

ONGLET 1. Porteur de projet / *Project coordinator*

1.1.1 Civilité / *Civility** : *Liste simple (Mme ou M.).*

1.1.2 Nom / *Last Name** : *Texte.*

1.1.3 Prénom / *First name** : *Texte.*

1.1.4 Ville / *City** : *Texte.*

1.1.5 Courriel / *Email** : *Texte.*

1.2.1 Profession du porteur de projet / *Profession** : *Texte.*

1.2.2 Si 'Autre' préciser laquelle / *If 'other', please specify which one* : *Texte (max. 80 caractères).*

1.2.3 Domaine / *Domain** : *Liste simple.*

1.2.4 Spécialité / *Speciality** : *Texte.*

1.3.1 Financements antérieurs obtenus par le porteur de projet dans le cadre des appels à projet de la DGOS ? (PHRC national, régionaux, inter régionaux, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME) / *Previous funding obtained by the project leader for institutional projects (PHRC national, regional, inter regional, PRT, PRT K, PRC, STIC, PREQHOS, PREPS, PHRIP, PRME)** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

1.3.2 Si oui, préciser (année de soumission, type d'appel à projets, investigateur-coordinateur, n°, état d'avancement: en instruction, mis en œuvre, en cours, phase d'analyse, publication princeps, abandonné) / *If yes, please specify (year of submission, type of call for proposals, coordinator, number, progress: in instruction, implemented, in progress, analysis phase, original publication, terminated)* : *Texte (max. 500 caractères).*

ONGLET 2. Structures / Organizations

2.1 Etablissement de santé ou GCS coordonnateur gestionnaire des fonds / *Affiliated institution responsible for the budget from the ministry of health** : *Structure de soins (autocomplétion veuillez rentrer au moins 5 caractères pour lancer la recherche).*

2.2 Nom du correspondant gestionnaire financier / *Financial manager* : *Liste simple (choix proposé.s si déclaré.s, en fonction de la structure de soins).*

2.3 Structure responsable de la gestion de projet / *Organization responsible for project management** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.4 Structure responsable de l'assurance qualité / *Organization responsible for quality insurance** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.5 Structure responsable de la gestion de données et des statistiques / *Organization responsible for data management and statistics** : *Texte (max. 420 caractères).*

2.6 **NC :** Nombre prévisionnel de centres d'inclusion / *Planned number of recruiting centres (NC)** : *Nombre.*

ONGLET 3 Projet de recherche / Research project

3.01.1 Titre du projet FR / *Project title FR** : *Texte (max. 2000 caractères).*

3.01.2 Titre du projet UK / *Project title EN** : *Texte (max. 2000 caractères).*

3.01.3 Acronyme (sans espace) / *Acronym (w/o space)** : *Texte (max. 15 caractères).*

3.02.1 Première soumission de ce projet à un appel à projet DGOS / *First submission to DGOS calls for proposals** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

3.02.2 Si non, préciser (année, programme, numéro, Acronyme, Porteur) / *If non, please specify (edition, program, number, Acronym, coordinator)* : *Texte (max. 500 caractères).*

3.02.3 Les modalités de soumission des lettres d'intention sont homogènes et permettent, le cas échéant, un reclassement des lettres d'intention d'un appel à projets à l'autre, sans perte de temps pour les équipes candidates. Acceptez-vous un éventuel reclassement par les jurys ? / *The methods of submitting letters of intent are uniform and, if necessary, which allows a transfer towards another call for proposals, without time loss for the applicants. Would you be willing to a possible transfer by the juries?** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

3.03 Domaine du projet de recherche / *Field of study*

3.03.1 Le projet concerne-t-il le domaine de l'oncologie ? / *Does the project concern the field of oncology ?** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

3.03.2.1 Le projet concerne-t-il une maladie rare ? / *Does the project concern a rare disease ?** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

3.03.2.2 Si oui, préciser son code ORPHA / *If yes, please specify the ORPHA number* : *Texte (max. 6 caractères).*

3.03.2.3 et le nom de la maladie rare / *If yes, specify the rare disease name* : *Texte (max. 100 caractères).*

3.03.3 Discipline principale / *Main** : *Liste simple.*

3.03.4 Discipline secondaire / *Secondary* : *Liste simple.*

3.03.5 Discipline libre / *Other* : *Texte.*

3.03.6 Mots clés libres / *Free keywords* : *Texte.*

3.04.1 Priorité(s) thématique(s) / *Thematic priority(ies)** : *Choix simple (☐ Santé mentale ou psychiatrie ; ☐ Pédopsychiatrie ; ☐ Préventions en santé ; ☐ Autre).*

3.04.2 Plan de santé publique / *Public Health plan** : *Liste simple.*

3.05 Ages concernés de la population cible / *Ages of studied population** : *Liste simple (Tous les âges ; Adulte ; Adulte et gériatrie ; Pédiatrie ; Pédiatrie et adulte ; Gériatrie).*

3.06 Chirurgie / *Surgery** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

3.07 Rationnel (contexte et hypothèses) / *Rational* (*context and hypothesis*)* : *Texte (max. 2240 caractères).*

3.08 Originalité et caractère Innovant / *Originality and innovative aspects** : *Texte (max. 1120 caractères).*

3.09 Description des bénéfices attendus pour les patients et / ou pour la santé publique / *Expected benefit for patients or public health** : *Texte (max. 2240 caractères).*

3.10 Objet de la recherche / *Focus of research*

3.10.1 Technologie de santé / *Health technology** : *Choix simple (☐ Dispositif médical ; ☐ Médicament ; ☐ Acte RIHN ; ☐ Organisation du système de soins ; ☐ Autre).*

3.10.2 Préciser lequel ou lesquels / *please specify which one(s)** : *Texte (max. 310 caractères)*

3.10.3 Dispositif médical : le cas échéant, date de marquage CE (JJ/MM/AAAA) / *Date of CE marking* : *Texte (max. 10 caractères).*

3.10.4 Médicament : le cas échéant, date d'AMM (JJ/MM/AAAA) / *Date of market authorization* : *Texte (max. 10 caractères).*

3.10.5 RIHN : le cas échéant, code acte et libellé / *RIHN (uncovered innovative procedures list) : number and name* [1]: *Texte (max. 100 caractères).*

3.11 Phase ou équivalent pour les dispositifs médicaux */ Phase or equivalent for medical devices** : *Choix simple (☐ I / Pilote ; ☐ I / II ; ☐ II / Feasibility ; ☐ III / Pivotal ; ☐ IV ; ☐ Non Applicable (Justifier/* Justify*).*

3.11.1 Si Non applicable, justifier votre choix / *If Not applicable, justify your choice*: Texte (max. 450 caractères).

3.12 **TRL** : Niveau de maturité de la technologie de santé / *Technology readiness level** : *Choix simple (☐ 1 ; ☐ 2 ; ☐ 3A ; ☐ 3B ; ☐ 3C ; ☐ 4A ; ☐ 4B ; ☐ 4C ; ☐ 5A ; ☐ 5B ; ☐ 6A ; ☐ 6B ; ☐ 6C ; ☐ 7A ; ☐ 7B ; ☐ 8A ; ☐ 8B ; ☐ 8C ; ☐ 9A ; ☐ 9B).*

3.13.1.1 Type d'objectif principal (1) / *Main objective* (1)* : *Liste simple (Description d'hypothèses ; Faisabilité ; Tolérance ; Efficacité ; Sécurité ; Efficience ; Impact budgétaire ; Organisation de l'offre de soins ; Autre).*

3.13.1.2 Type d'objectif principal (2) / *Main objective* (2)* : *Liste simple.*

3.13.2 Description de l'objectif principal / *Main objective description** : *Texte (max. 340 caractères).*

3.13.3 Description des objectifs secondaires / *Secondary objectives description** : *Texte (max. 1120 caractères).*

3.14 Critères d'évaluation / *End points*

3.14.1 Critère d'évaluation principal (en lien avec l'objectif principal) / *Primary end point (linked to main objective)** : *Texte (max. 340 caractères).*

3.14.2 Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires) / *Secondary end points (linked to secondary objectives)** : *Texte (max. 1120 caractères).*

3.15 Population de l'étude / *Study population*

3.15.1 Principaux critères d'inclusion / *Main inclusion criteria** : *Texte (max. 560 caractères).*

3.15.2 Principaux critères de non inclusion / *Main exclusion criteria** : *Texte (max. 560 caractères).*

[1] https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/rihn

ONGLET 4. Méthodologie et inclusions / Methodology and Inclusions

4.1 Méthodologiste / *Methodologist*

4.1.1 Civilité / *Civility** : *Liste simple (Mme ou M.).*

4.1.2 Nom / *Last name** : *Texte.*

4.1.3 Prénom / *First name** : *Texte.*

4.1.4 Ville / *City** : *Texte.*

4.1.5 Tél. / *Phone number* : *Téléphone.*

4.1.6 Courriel / *Email** : *Texte.*

4.2 Méthodologie du projet / *Methodology*

4.2.1 Plan expérimental / *Experimental design** : *Liste simple.*

4.2.2 Si 'Autre plan expérimental' préciser quel type / *If 'other', please specify* : *Texte (max. 3200 caractères).*

4.2.3 Description du plan expérimental / *Experimental design description** : *Texte (max. 2240 caractères).*

4.2.4 Si groupe comparateur: description du groupe expérimental / *Experimental group description** : *Texte (max. 340 caractères).*

4.2.5 Si groupe comparateur: description du groupe contrôle / *Control group description** : *Texte (max. 340 caractères).*

4.3 Inclusions / *Enrollment*

4.3.1 Le projet comporte-t-il des inclusions de sujets (ou autres participations) ? / *Does the project include enrollment or participation ?** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

4.3.2.1 Durée de la participation de chaque sujet ou participant (durée) / *Duration of participation (duration)* : *Nombre.*

4.3.2.2 Durée de la participation de chaque sujet ou participant (unité de temps) / *Duration of participation (unit of duration)* : *Liste simple (Jour(s) ; Mois ; Année(s)).*

4.3.3 **DUR**: Durée prévisionnelle de recrutement (en mois) / *Anticipated duration of recruitment (DUR) (in month)* : *Nombre.*

4.3.4 **NP**: Nombre de sujets ou observations prévu.e.s à recruter / *Total number of scheduled participants to be recruited or observations to be collected (NP)* : *Nombre.*

4.3.5 Justification de la taille de l'échantillon / *Sample size justification* : *Texte (max. 2000 caractères).*

4.3.6 Nombre de sujets ou observations prévu(e)s à recruter / mois / centre ((NP / DUR) / NC) : Valeur calculée (cf. document liste des centres coinvestigateurs) / *Number of participants to be recruited or observations to be collected per month per centre ((NP / DUR) / NC) (cf. sub-investgators centers file)* : *Nombre.*

4.3.7 (NP / DUR) / NC) : Justification si le chiffre est supérieur à 2 / *If more than 2, please justified* : *Texte (max. 2000 caractères).*

ONGLET 5. Médico-Economie / Health-economics

5.1 Economiste de la santé / *Health economist*

5.1.1 Un économiste de la santé participe-t-il au projet ? (obligatoire pour le PRME) / *Is a health economist involved in the project? (mandatory for PRME)** : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

5.1.2 Civilité / *Civility* : *Liste simple (Mme ou M.).*

5.1.3 Nom / *Last name* : *Texte.*

5.1.4 Prénom / *First name* : *Texte.*

5.1.5 Ville / *City* : *Texte.*

5.1.6 Tél. / *Phone number* : *Téléphone.*

5.1.7 Courriel / *Email* : *Texte.*

5.2. Analyse médico-économique / *Health economic analyse* :

5.2.1 Méthode d'analyse médico-économique / *Medico-economic analysis method* : *Choix multiple (☐ Analyse coût-utilité (ACU); ☐ Analyse coût-efficacité (ACE); ☐ Analyse coût-bénéfices (ACB); ☐ Analyse d'impact budgétaire (AIB) ; ☐ Analyse de minimisation de coûts ; ☐ Analyse coût-conséquence (ACC); ☐ Analyse coût de la maladie ; ☐ Autre:).*

5.2.2 Description de l'analyse médico-économique / *Health economic analyse description* : *Texte (max. 2240 caractères).*

5.2.3 Justification du volet médico-économique dans le projet de recherche proposé / *Justification of the medico-economic component in the proposal* : *Texte (max. 2000 caractères).*

ONGLET 6. Financement

6.1 Niveau approximatif de financement DGOS demandé, en euros / *Approximate level of required DGOS (MoH) funding, in euros** [2] : *Nombre.*

6.2 Total éligible au financement DGOS, en euros (valeur 'A' de la grille budgétaire) / *Total amount eligible for funding, in euros ('A' value in the budget file)* * [3]: *Nombre.*

6.3 Total des cofinancements OBTENUS, en euros (valeur 'B' de la grille budgétaire) / *Total amount of OBTAINED co-funding, in euros ('B' value in the budget file)* * [2]: *Nombre.*

6.4 Total des cofinancements EN ATTENTE, en euros (valeur 'C 'de la grille budgétaire) / *Total amount of co-funding PENDING, in euros ('C' value in the budget file)* * [2]: *Nombre*

6.5 Justification des évolutions (6.1 versus 6.2) / *Justification of any changes (6.1 vs 6.2)* * [2]: *Texte (max. 450 caractères).*

6.6 Autre(s) commentaire(s) d'ordre budgétaire / *Additional comment(s) on the budget* : *Texte (max. 450 caractères).*

[2] *Requis strictement en 1e étape - cette valeur sera visible mais non modifiable par suite.*
[3] *Requis strictement en 2e étape - cette valeur n'est pas demandée en 1e étape.*

ONGLET 7. Références bibliographiques / Bibliographic references

7.1 Référence 1 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / *Reference 1 (PMID, year, review, title, authors)* : *Texte (max. 750 caractères).*

7.2 Référence 2 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / *Reference 2 (PMID, year, review, title, authors)* : *Texte (max. 750 caractères).*

7.3 Référence 3 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / *Reference 3 (PMID, year, review, title, authors)* : *Texte (max. 750 caractères).*

7.4 Référence 4 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / *Reference 4 (PMID, year, review, title, authors)* : *Texte (max. 750 caractères).*

7.5 Référence 5 (PMID, année, revue, titre, auteurs) / *Reference 5 (PMID, year, review, title, authors)* : *Texte (max. 750 caractères).*

ONGLET 8. Informations pour les évaluateurs / *Information related to the assessment of the project*

8.1 Eléments liés à la mise en œuvre / Elements ensuring feasibility

8.1.1 Participation d'un réseau de recherche / *Research network participation** : *Texte (max. 450 caractères).*

8.1.2 Participation de partenaires industriels / *Industry participation** : *Texte (max. 450 caractères).*

8.1.3 Autres éléments garantissant la faisabilité du projet / *Other aspects ensuring feasibility** : *Texte (max. 450 caractères).*

8.2 Expertises antérieures et commentaires / *Previous expert comments*

8.2.1 Expertises et commentaires du jury antérieurs / *Previous expert and jury comments* : *Texte (max. 10 000 caractères).*

8.2.2 Réponse aux expertises et commentaires du jury antérieurs / *Previous expert and jury comments replies* : *Texte (max. 10 000 caractères).*

8.2.3 Autre(s) commentaire(s) / Other comment(s) : *Texte (max. 350 caractères).*

8.4 Caractéristique du champ d'expertise du rapporteur / *Field of expertise of the rapporteur*

8.4.1 Domaine du rapporteur suggéré / *Suggested rapporteur's domain** : *Liste simple.*

8.4.2 Mot-clé libre lié au domaine des évaluateurs / *Domain related keyword* : *Texte.*

8.4.3 Ages concernés / *Ages of studied population* : *Liste simple (Tous les âges ; Adulte ; Adulte et gériatrie ; Pédiatrie ; Pédiatrie et adulte ; Gériatrie).*

8.4.4 Chirurgie / *Surgery* : *Choix simple (☐ Oui ; ☐ Non).*

ONGLET 9. Commentaire général et observations sur le formulaire / *Other comments and template improvements*

9.0 Autre(s) commentaire(s) sur le projet / *Other comment(s)* : *Texte (max. 350 caractères).*

9.1 Commentaires utilisateur de la plateforme Innovarc-3 (préciser votre rôle) / *Innovarc-3 user feedback (specify your role: expert, investigator, manager, delegate or rapporteur)* : *Texte (max. 3200 caractères).*

Annexe III : Programme de Recherche Translationnelle (PRT)

1. Objectifs

Le Programme de recherche translationnelle (PRT) répond aux besoins de financement spécifiques des études qui se situent en aval des programmes de recherche fondamentale et en amont du Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).
C'est pour intensifier et accélérer les échanges entre chercheurs de la recherche fondamentale et cliniciens que le PRT soutient la recherche translationnelle en associant systématiquement au moins une équipe d'un organisme de recherche et une équipe d'un établissement de santé. L'effet synergique attendu de ces échanges entre disciplines caractérise le PRT.

L'objectif premier du PRT est de soutenir des recherches collaboratives concernant des questions scientifiques situées à l'interface entre la recherche exploratoire et la recherche clinique. Les résultats des recherches soutenues par le PRT doivent permettre la formulation de nouvelles hypothèses susceptibles d'être testées dans le cadre d'une recherche appliquée en santé.

Les autres objectifs du PRT sont :

i) l'accélération des transferts d'informations des laboratoires de recherche vers les établissements de santé (« benchside to bedside») ;

ii) l'accélération des transferts d'informations des établissements de santé vers les laboratoires de recherche (« bedside to benchside »).

2. Champ du PRT

La recherche translationnelle en santé constitue une interface, entre la recherche fondamentale et la recherche clinique. En lien avec la recherche clinique, elle est orientée vers les patients avec un souci d'application future directe ou au décours de développements ultérieurs.

Le PRT s'adresse aux recherches ayant pour caractéristique l'approfondissement de la compréhension des mécanismes sur lesquels repose le cadre conceptuel du projet. En ce sens, le programme vise la description et la validation chez l'humain de tout phénomène clinique, biologique, comportemental ou d'imagerie, susceptible de contribuer à une meilleure connaissance et compréhension de l'histoire naturelle des pathologies concernées et/ou susceptible de fournir un marqueur prédictif de leur gravité et de leur évolution et/ou susceptible d'être à l'avenir une nouvelle cible pour la thérapeutique.

3. Recevabilité et éligibilité des projets

Pour être recevable :

- La composition du *consortium* doit faire intervenir au moins un organisme de recherche et un établissement de santé ;
- Les coordonnateurs des projets, des organismes de recherche et des établissements de santé, ne doivent pas être présidents ou vice-présidents des comités de sélection (comité d'évaluation, jury) ;
- Pour les candidatures dont les lettres d'intention seront sélectionnées, le dépôt des dossiers complets devra contenir un planning envisageant le déroulement du projet sous forme de jalons. Ces jalons devront permettre d'évaluer la corrélation entre la progression du projet et le montant des dépenses à intervalles réguliers (intervalles d'une durée maximale de 12 mois).

Pour être éligible, le projet doit :

- entrer dans le champ de l'appel à projets ;
- respecter le cadre éthico-réglementaire qui lui est applicable.

4. Les appels à projets du PRT

Le PRT se décline en deux appels à projets :
- le programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S) ;
- le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K).

Le PRT-S concerne toutes les pathologies, à l'exception du cancer et des infections liées aux VIH, VHB et VHC.
Le PRT-K est dédié au cancer.

4.1 Le Programme de Recherche Translationnelle en Santé (PRT-S)

Le PRT-S est un appel à projets partenarial proposé conjointement par la DGOS et l'ANR. La sélection des projets est organisée par l'ANR. La procédure de sélection est disponible sur le site de l'ANR. Les projets éligibles aux PRT-S 2022 et 2023 seront identifiés parmi les lettres d'intentions déposées dans l'AAPG 2022 et 2023 de l'ANR dans le cadre d'un instrument de financement de type Projet de recherche collaborative (PRC) sollicitant un cofinancement ANR-DGOS. Cette possibilité de cofinancement est ouverte à tous les axes du domaine « Sciences de la vie » et des domaines transverses § B.8. -1 : Interactions humains-environnement, -2 Contaminants, écosystèmes et santé, -3 Maladies infectieuses et environnement, -4 Santé Publique, santé et sociétés, -5 Mathématiques et sciences du numérique pour la biologie et la santé ; et -6 Technologies pour la santé.Le financement de l'ANR sera attribué aux organismes de recherche selon les dispositions du règlement financier ANR-RF-2019-1 et suivants : https://anr.fr/fr/rf/, relatif aux modalités d'attribution des aides allouées par l'ANR.

4.2 Programme de Recherche Translationnelle en cancérologie (PRT-K)

Le PRT-K est un appel à projets partenarial proposé conjointement par la DGOS et l'Institut national du cancer (INCa).
La sélection des projets est organisée par l'INCa. Les lettres d'intention sont à déposer auprès de l'INCa. Les formulaires spécifiques et procédures de soumission sont disponibles sur le site de l'INCa : https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets

Le financement de l'INCa sera attribué aux organismes de recherche selon les dispositions du règlement des subventions N° 2021-01 (https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Reglement-des-subventions) relatif aux subventions allouées par l'INCa.

4.3 Dispositions particulières liées au co-financement de la DGOS

Les PRT sont des appels à projets partenariaux. Le gestionnaire des fonds bénéficiaire du financement du ministère chargé de la santé doit être un établissement de santé[§]. Ce dernier est responsable de la répartition des crédits lorsque plusieurs établissements de santé sont impliqués dans le projet.

Pour le financement du (ou des) partenaire(s) établissement(s) de santé, la grille budgétaire et l'attestation de dépôt de la DGOS doivent obligatoirement être utilisée au stade du dépôt des dossiers complets.
Les modèles de trames seront disponibles sur le site du ministère chargé de la santé : http://solidarites-sante.gouv.fr/innovarc.

Chaque projet retenu fait l'objet d'un financement conjoint par la DGOS et un co-financeur. Les coûts portés par les équipes des établissements de santé seront financés par la DGOS. Ceux portés par les laboratoires d'organismes de recherche seront financés par les co-financeurs. Le montant des deux types de financements peuvent être différents.
Au stade de la lettre d'intention, le montant des subventions demandées est indicatif. Au stade des dossiers complets, le montant des subventions demandées engage les porteurs en termes de faisabilité et de crédibilité du projet.

[§] définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants, L. 6133-1 à -8, L. 6323-1 et -3, du code de la santé publique

Lors du suivi du projet, le versement d'une tranche de financement par la DGOS est conditionné par l'atteinte des jalons définis dans le projet. Pour ce faire, les partenaires informeront le coordonnateur du projet de l'atteinte de ces jalons. Le coordonnateur communiquera ces informations aux co-financeurs en charge du suivi, respectivement l'ANR dans le cadre du PRT-S et l'INCa pour celui du PRT-K qui, après analyse des livrables reçus, transmettront leurs avis à la DGOS sur les jalons atteints.

§ définis aux articles L. 6111-1 et suivants, L. 6141-1 et suivants et L. 6161-1 et suivants, L. 6133-1 à -8, L. 6323-1 et -3, du code de la santé publique

Annexe IV : Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)

1. Objectifs

Le PHRC finance des projets de recherche dont les objectifs sont :

- la mesure de l'efficacité des technologies de santé. Dans cet objectif, les recherches prioritairement financées sont celles qui contribueront à l'obtention de recommandations de fort grade[1] ;
- l'évaluation de la sécurité, de la tolérance ou de la faisabilité de l'utilisation des technologies de santé chez l'Homme (par exemple, toutes les études sur le médicament de la phase I à la phase IV).

Les résultats des projets devront directement permettre une modification de la prise en charge des patients.

2. Eligibilité

Pour être éligibles, les projets doivent dès le stade de la lettre d'intention :

- justifier de l'impact direct des résultats attendus sur la prise en charge des patients ;
- démontrer que les méthodes de la recherche permettront d'obtenir des données apportant un haut niveau de preuve.

Les projets comportant un volet médico-économique sont éligibles uniquement dans le cadre d'études de phase III et si :

- l'objectif principal est de démontrer comparativement l'efficacité clinique de la technologie de santé ;
- l'objectif du volet médico-économique figure parmi les objectifs secondaires et évalue comparativement l'efficience de la technologie de santé ;
- le volet médico-économique, rédigé par un économiste de la santé identifié dès le stade de la lettre d'intention, est conforme aux standards méthodologiques définis par la HAS[2].

3. Les appels à projets du PHRC

Le PHRC se décline en trois appels à projets :

- le Programme Hospitalier de Recherche Clinique national (PHRC-N) ;
- le Programme Hospitalier de Recherche Clinique en cancérologie (PHRC-K) ;
- le Programme Hospitalier de Recherche Clinique inter-régional (PHRC-I).

Le PHRC-N concerne toutes les pathologies, à l'exception du cancer et des infections liées aux VIH, VHB, VHC, SARS-coV-2 et toutes les maladies infectieuses émergentes; le PHRC-K est dédié au cancer et le PHRC-I concerne toutes les pathologies, à l'exception des infections liées aux VIH, VHB et VHC, SARS-coV-2 et aux maladies infectieuses émergentes.

3.1 Programme Hospitalier de Recherche Clinique National (PHRC-N)

Eligibilité

Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais[3] aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

---

[1] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

[2] Conformément au guide « Choix méthodologiques pour l'évaluation économique à la HAS » disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1499251/fr/choix-methodologiques-pour-l-evaluation-economique-a-la-has .

[3] A l'exception des annexes ou sections pour lesquelles l'usage du français s'impose (exemple : consentement à participer à une recherche).

Priorités thématiques

Les projets portant sur les priorités thématiques définies dans le corps de la note feront l'objet d'un classement spécifique. Le financement dédié à chacune de ces thématiques prioritaires sera défini en fonction du nombre et de la qualité des projets déposés.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à DGOS-PHRC@sante.gouv.fr.

3.2 Programme Hospitalier de Recherche Clinique en cancérologie (PHRC-K)

Champ de l'appel à projets
Les projets peuvent concerner toutes les technologies de santé relatives au cancer.

Eligibilité
Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais[3], aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

Priorité thématique
En lien avec la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, les projets portant sur la désescalade thérapeutique [essais cliniques ayant pour objet la réduction de la toxicité et des séquelles des traitements à moyen et à long terme, chez les adultes, les adultes jeunes et les enfants] sont considérés comme prioritaires. La réduction de la toxicité des traitements à moyen et à long terme, s'inscrit dans une démarche de limitation des séquelles et d'amélioration de la qualité de vie des patients. Cette démarche représente un des axes de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Les essais de désescalade thérapeutique concernent bien sûr les traitements médicamenteux, mais aussi la chirurgie, la radiologie interventionnelle et la radiothérapie. Ces projets feront l'objet à ce titre d'une attention particulière.

Procédure de sélection des projets
La sélection des projets est organisée par l'Institut national du cancer (INCa). La procédure de sélection sera disponible sur le site de l'INCa[4].

Procédure de soumission
Les lettres d'intention (cf. Annexe II) sont à déposer auprès de l'INCa. Les formulaires spécifiques et procédures de soumission sont disponibles sur le site de l'INCa[4]

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : phrc-info@institutcancer.fr

3.3 Programme Hospitalier de Recherche Clinique Inter-régional (PHRC-I)

Le PHRC-I :
- soutient une politique de recherche partenariale entre les différents établissements de santé d'une même interrégion ;
- permet l'émergence de projets portés par des équipes souhaitant s'initier à la recherche clinique.

Champ de l'appel à projets
Depuis 2014, le PHRC-I concerne également le cancer.

Modalités de sélection et de financement
Les Groupements interrégionaux pour la recherche clinique et l'innovation (GIRCI) sont en charge d'organiser une sélection des projets en deux temps, comprenant une présélection *via* une lettre d'intention puis une sélection sur dossier complet. La lettre d'intention doit utiliser le modèle fourni en annexe II. Les modalités du choix des projets sont libres, ainsi que son calendrier. Elles doivent être définies collégialement au niveau de chaque inter-région, sont transparentes et communiquées à l'avance à l'ensemble des candidats.

[4] http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/

Les GIRCI soumettent les projets sélectionnés, et qu'ils souhaitent voir financés, à la DGOS. Après validation du mode de sélection, la DGOS valide la liste des projets en fonction de leur conformité aux orientations définies dans la présente note.

La DGOS financera uniquement les projets entrant dans le champ du PHRC-I. En cas de rejet d'un projet sélectionné, les crédits relatifs ne seront pas délégués et l'inter-région concernée percevra moins de crédits que la demande présentée.

Les crédits seront versés par la DGOS directement à l'établissement de santé, au GCS, à la maison ou au centre de santé coordonnateur du projet. La DGOS effectue le suivi des projets financés selon les modalités précisées sur le site internet du ministère chargé de la santé.

Pour la campagne 2022, le montant total disponible est fixé à 25 000 000 €. Le montant maximum de la subvention demandée pour les projets éligibles au PHRC-I est libre. La somme des financements accordés au titre des projets sélectionnés par un GIRCI ne dépassera pas le montant disponible indiqué dans le tableau ci-après.

GIRCI	Montant maximum disponible (en millions d'euros)
Nord-Ouest	3
HUGO	2.8
SOHO	4.3
Méditerranée	1.9
AURA	3
Est	3
Ile-de-France	7

Pour favoriser l'interrégionalité, les deux tiers des projets au minimum doivent associer au moins deux centres d'inclusion de patients dans deux établissements de santé, GCS, maison ou centre de santé différents de la même interrégion. Les projets multicentriques doivent comprendre au minimum 50% de leurs centres d'inclusions dans la même interrégion. L'établissement de santé, le GCS, la maison ou le centre de santé coordonnateur doit être situé au sein de cette interrégion.

Afin d'assurer l'émergence de nouvelles équipes, l'investigateur coordonnateur ne doit jamais précédemment avoir obtenu un financement PHRC-N, PHRC-K, PHRC-I ni PHRC-R.

Un projet ne peut dans aucun cas être déposé en même temps au PHRC-N ou PHRC-K et au PHRC-I. Si le cas de figure se présentait, le dossier de candidature serait non recevable dans les trois appels à projets 2022.

Au terme de la procédure de sélection, chaque GIRCI doit adresser une clé USB au bureau innovation et recherche clinique de la DGOS, à la date qu'elle souhaite, contenant les documents suivants :

- La procédure de sélection, comprenant l'algorithme de classement des dossiers, à chacune des étapes de leur sélection le cas échéant ;
- L'information concernant l'appel à projets diffusé dans les établissements de santé, les GCS, les maisons et centres de santé de l'interrégion ;
- La liste des établissements de santé, des GCS, des maisons et centres de santé ainsi informés ;
    - cette liste, en format tableur, doit comprendre, dans des colonnes **différentes** et au minimum, le nom de l'établissement de santé, du GCS, de la maison ou du centre de santé contacté, la fonction de la personne contactée, son nom, son prénom et l'adresse courriel à laquelle ont été adressés les documents ;

- La liste de l'ensemble des dossiers déposés (lettres d'intention et projets complets) ;
    - cette liste, en format tableur, doit comprendre, dans des colonnes **différentes** et au minimum, un numéro d'ordre, la ville, l'établissement de santé de l'investigateur coordinateur, son titre, son nom, son prénom, son courriel, l'acronyme du projet, le titre du projet, le montant demandé, les noms regroupés des autres établissements recruteurs et la mention de la réussite ou non du dossier au premier stade de l'appel à projets ;
- Les dossiers déposés (ensemble des lettres d'intention puis dossiers complets pour les dossiers ayant été sélectionnés au stade de la lettre d'intention), avec pour chaque dossier un répertoire nommé par le numéro d'ordre du projet contenant :
    - l'ensemble des documents du projet (au stade de la lettre d'intention puis à celui du dossier complet le cas échéant), les éventuelles annexes et le budget demandé dans le cas des dossiers complets. La grille budgétaire de la DGOS doit obligatoirement être utilisée au stade du dépôt des dossiers complets. La grille budgétaire est disponible sur le site internet du ministère chargé de la santé ;
    - l'ensemble des documents d'enregistrement du processus de sélection, en correspondance avec l'algorithme de choix des projets (expertises anonymisées, procès verbal de jury, etc.). Dans son déroulé, le processus de sélection doit comprendre deux questions à destination des évaluateurs du projet (experts, rapporteurs, membres du jury, etc.), portant :
        - sur la justification de l'impact direct des résultats attendus sur la prise en charge des patients ;
        - sur la démonstration que les méthodes de la recherche permettront d'obtenir des données apportant un haut niveau de preuve.

      Les cotations des réponses et les modalités de leur prise en compte lors du choix des lettres d'intention puis des dossiers complets proposés au financement doivent être précisées dans la description de l'algorithme de sélection des dossiers ;
    - les CV de l'investigateur coordonnateur et du méthodologiste ;
    - pour les dossiers complets prévoyant des inclusions de patients, un document précisant le nombre des centres d'inclusion prévus (NC), la durée prévue de la période d'inclusion en mois (DUR), le nombre total de patients à inclure (NP) puis le calcul du nombre de patients à inclure par mois et par centre ((NP/DUR)/NC) et la justification de ce chiffre s'il est supérieur à 2.
- Le classement final de l'ensemble des dossiers déposés dans l'interrégion, par ordre de priorité de financement décroissant ;
    - cette liste, en format tableur, doit comprendre pour chacun des projets, la clé de classement et le souhait de financement.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à DGOS-PHRC@sante.gouv.fr

Annexe V : Programme de Recherche Médico-Economique (PRME)

Le PRME soutient des projets de recherche qui ont pour objectif l'évaluation médico-économique des technologies de santé et des stratégies de prise en charge.

Il comprend deux axes :

- L'axe « innovation en santé » visant à déterminer l'efficience des nouvelles technologies de santé[1]. Ces technologies de santé sont vouées à être évaluées par la Haute Autorité de santé (HAS) en vue de leur éventuelle prise en charge par la collectivité ;
- L'axe « parcours de santé » comparant l'efficience en vie réelle de stratégies de prise en charge de patients fondées sur des technologies de santé.

Critères d'éligibilité au programme

Pour être éligibles au PRME, les projets doivent avoir pour objectif principal l'évaluation médico-économique des technologies de santé ou des stratégies de prise en charge dont l'efficacité et la sécurité ont été au préalable cliniquement validées. Les résultats de ces études doivent pouvoir être pris en compte dans les décisions publiques. Ainsi, les choix méthodologiques structurant le projet doivent respecter le guide méthodologique de la HAS pour l'évaluation économique, notamment :

- Le nombre de sujets nécessaires doit être calculé sur le critère médico-économique ;
- La méthode d'évaluation économique doit privilégier l'analyse coût-utilité ou coût-efficacité.

Tout écart au respect de ces critères méthodologiques est possible mais doit être justifié. Les protocoles médico-économiques et cliniques proposés doivent impliquer systématiquement un économiste de la santé et un méthodologiste.

1. Axe innovation en santé

Définition de l'innovation éligible

Une innovation est une technologie de santé se situant en phase de première diffusion et dont l'efficacité et la sécurité ont été préalablement validées en recherche clinique[2]. Dans le cas d'un produit de santé, la technologie de santé innovante doit disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'un marquage CE[3].

Objectifs

Cet axe du programme vise à soutenir des études comparatives dont l'objectif est la démonstration de l'efficience des nouvelles technologies de santé innovantes en France.

- Le PRME n'a pas pour objet le financement d'un accès précoce à une technologie.
- Les projets soutenus dans l'axe innovation du PRME évaluent des technologies innovantes en amont d'une évaluation par la HAS. Les projets concernant les technologies évaluées par la HAS, quel que soit le résultat de l'évaluation, n'ont pas vocation à être déposés dans cet axe, sauf validation comparative de l'efficacité clinique postérieure à l'évaluation par la HAS. En corolaire, toute technologie de santé innovante en cours de validation dans l'axe innovation du PRME ne sera pas évaluée par la HAS avant l'obtention des résultats médico-économiques finaux.

---

[1] Technologie de santé : Intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé (http://www.inahta.org/).

[2] Cette étape correspond au minimum à la réalisation préalable d'étude(s) clinique(s) comparative(s) validant l'efficacité et la sécurité de l'innovation. Ces études devront être transmises *in extenso* à la DGOS lors du processus de présélection ;

[3] AMM pour les médicaments, marquage CE pour les dispositifs médicaux.

Eligibilité

Le projet doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- La mesure de l'efficience repose sur une analyse comparative des coûts et résultats réalisée dans le cadre d'essais randomisés ou dans le cadre d'une utilisation de données médico-administratives. Si une étude quasi-expérimentale est envisagée, une justification de la méthode d'analyse sera nécessaire ;
- Le comparateur est la (ou les) technologie(s) ou la (ou les) stratégie(s) diagnostique(s) / thérapeutique(s) de référence (ou utilisée(s) en pratique courante, conformément aux recommandations en vigueur[4]) ;
- L'évaluation des résultats repose sur des critères cliniques et/ou de qualité de vie, définis en fonction de la nature des conséquences préalablement identifiées ;
- Les établissements impliqués dans les projets transmettent la totalité des données de coûts nécessaires à la bonne réalisation du projet ;
- Les projets déposés sont de préférence multicentriques ;
- La durée totale de l'étude devra être justifiée, notamment au regard de la taille de la population cible, de la pathologie, du nombre de sujets à inclure et des capacités de recrutement ;
- Une analyse d'impact budgétaire[5] (AIB) est fortement encouragée et particulièrement nécessaire lorsqu'un impact majeur sur les dépenses de santé est possible ;
- Lorsque la quantité et la qualité des données disponibles le permettent, la collecte et l'analyse des données reposent sur une revue systématique quantitative[6] de la littérature disponible.

2. Axe parcours de santé

Définition des parcours de soins et de santé éligibles

Une fois évaluées, les technologies de santé[7] sont intégrées à des stratégies de prise en charge préventive, diagnostique, thérapeutique et de suivi, dont l'ensemble coordonné forme le parcours de santé[8].

Objectifs

Cet axe du PRME vise l'optimisation du parcours de soins et du parcours de santé. Il a pour objectif l'identification des stratégies de prise en charge[9] les plus efficientes.

- L'axe parcours de santé du PRME s'insère en aval d'une primo-évaluation de technologies de santé par la HAS.

---

[4] Ces recommandations devront être transmises à la DGOS lors du processus de présélection.

[5] Conformément au guide « Choix méthodologiques pour l'analyse de l'impact budgétaire à la HAS » disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730306/fr/choix-methodologiques-pour-l-analyse-de-l-impact-budgetaire-a-la-has

[6] Méta-analyses d'études avec un critère principal de jugement clinique robuste

[7] Technologie de santé : Intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé (http://www.inahta.org/)

[8] Un parcours de soins comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins: consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales) (cf. Haute Autorité de santé, questions/réponses, 2012 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf).
Les parcours de santé articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile (http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie).

[9] Ces stratégies de prises en charge intègrent des technologies de santé qui ne sont alors plus innovantes dans le sens où ces dernières auront été préalablement évaluées par la HAS et/ou prises en charge par la collectivité ;

- Cet axe n'a pas vocation à réaliser les études médico-économiques post-inscription demandées par la HAS ou par le comité économique des produits de santé (CEPS) aux industriels[10]. En revanche, des études réalisées dans le cadre de cet axe peuvent être complémentaires d'études post-inscription et être utiles pour les réévaluations de technologies de santé par la HAS, ou demandées par les directions d'administration centrale du ministère chargé de la santé (DGOS, DGS, DSS, DREES, DGCS), la HAS, l'ANSM[11], l'ABM[12], l'INCa ou la Caisse nationale d'assurance maladie.

Eligibilité

Le projet doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- La mesure de l'efficience reposera sur une analyse des coûts et des résultats en vie réelle ;
- Lorsque la quantité et la qualité des données disponibles le permettent, la collecte et l'analyse des données reposent sur une revue systématique quantitative[13] de la littérature disponible ;
- Lorsque les données pertinentes ne sont pas suffisantes, le recours à des études cliniques multicentriques en vie réelle[14] pourra être envisagé (études pragmatiques, études quasi-expérimentales, etc.) ainsi que le recours aux bases de données médico-administratives ;
- Dans tous les cas, une analyse d'impact budgétaire[15] (AIB) devra être réalisée.

3. L'appel à projets

Le PRME concerne toutes les pathologies y compris le cancer.

Le processus de sélection est composé de deux étapes successives :

- Présélection des lettres d'intention par un jury institutionnel pour l'examen de leur éligibilité au programme de recherche, de la pertinence de la question posée au regard des politiques publiques mises en œuvre et de l'originalité du pré-projet ;
- Sélection des dossiers complets par un jury scientifique qui expertise la pertinence clinique, la qualité méthodologique puis la faisabilité opérationnelle du projet, ainsi que l'adéquation de son budget en fonction des besoins du projet et du niveau de qualité des résultats attendus.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : DGOS-PRME@sante.gouv.fr

[10] Etudes mentionnées aux articles L.165-3 et L.162-17-4 du Code de la Sécurité Sociale.
[11] Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé.
[12] Agence de la Biomédecine.
[13] Méta-analyses d'études avec un critère principal de jugement clinique robuste.
[14] Conformément au guide méthodologique relatif aux « Études en vie réelle pour l'évaluation des médicaments et dispositifs médicaux : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-06/guide_etude_en_vie_reelle_medicaments__dm.pdf
[15] Conformément au guide « Choix méthodologiques pour l'analyse de l'impact budgétaire à la HAS » disponible sur le site de la HAS : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730306/fr/choix-methodologiques-pour-l-analyse-de-l-impact-budgetaire-a-la-has

Annexe VI : Programme de Recherche sur la Performance du Système de Soins (PREPS)

1. Objectifs

Le programme de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) se situe dans le champ de la recherche portant sur l'offre et l'organisation des services de santé et sur le parcours des patients [*Health services research (HSR)*[1]]. Le PREPS a pour objectif d'améliorer l'efficacité puis l'efficience de l'organisation des services de santé.

Le PREPS vise l'innovation organisationnelle en finançant l'expérimentation de nouveaux modèles d'offre ou d'organisation de services de santé ou de parcours des patients. Ce programme de recherche est destiné à financer des recherches organisationnelles, interventionnelles ou non, garantissant un haut niveau de preuve des données obtenues et à caractère généralisable. Ces recherches doivent permettre aux décideurs d'orienter la politique de santé pour améliorer le système de santé.

2. Eligibilité

Le PREPS finance les recherches portant sur l'organisation des services de santé et est ouvert à toutes les disciplines. La recherche sur les produits de santé[2] et les actes, ainsi que les projets d'action de soins et leur évaluation, n'entrent pas dans son champ et en sont donc exclus, à l'exception de celle incluant un ou des outil(s) numérique(s) innovant(s) accompagnant le changement organisationnel. Dans ce dernier cas, les validations de la sécurité et de l'efficacité du ou des outil(s) devront être préalablement réalisées ou explicitement prévues dans le projet de recherche. A défaut d'être déjà disponibles, les méthodes permettant l'obtention de ces validations concernant selon les cas l'acceptabilité, la sécurité ou l'efficacité du ou des outil(s) proposés, devront être fournies, détaillées et explicitées. La même attente est formulée concernant la connexion de ces outils aux systèmes d'information (systèmes d'information hospitaliers, dossier médical partagé, …).

L'impact attendu de la recherche devra être évalué dans le contexte français.

La recherche relative à l'organisation des soins, à l'offre de services de santé et au parcours des patients peut se situer dans les dimensions suivantes :

- processus de travail / production de services (telle l'organisation et la mise en œuvre d'une étape d'un parcours de soins ou de santé) ;
- parcours de soins[3] et parcours de santé[4] (chronologies des tâches et intervenants) ;
- flux de patients (durées de séjour et volumes) ;

---

[1] Kathleen N Lohr et Donald M Steinwachs, « Health Services Research: An Evolving Definition of the Field », *Health Services Research* 37, nº 1 (février 2002): 15-17, doi:10.1111/1475-6773.01020.

[2] Technologie de santé : Intervention pouvant servir à la promotion de la santé, à la prévention, au diagnostic ou au traitement d'une maladie aiguë ou chronique, ou encore à des fins de réadaptation. Les technologies de la santé comprennent les produits pharmaceutiques, les dispositifs, les interventions et les systèmes organisationnels utilisés dans les soins de santé (http://www.inahta.org/)

[3] Un parcours de soins comprend, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins: consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales) (cf. Haute autorité de santé, questions / réponses, 2012 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf)

[4] Les parcours de santé (…) articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile (http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie).

- acceptabilité[5] des organisations ;
- nouvelles coopérations (relations implicites ou contractuelles entre acteurs) ;
- modes de communication (systèmes d'information, « big data », « smart data ») ;
- accessibilité[6] et disponibilité ;
- soutenabilité financière et impact budgétaire ;
- adaptation de la conception architecturale et des infrastructures ;
- circuits logistiques.

3. L'appel à projets : recommandations et processus

Il est essentiel de bien caractériser l'innovation organisationnelle à l'étude afin de pouvoir juger de son originalité dès l'étape de présélection des lettres d'intention, puis de justifier la pertinence des méthodes expérimentales proposées pour l'étape de sélection des dossiers. La robustesse de ces méthodes conditionne, en effet, la généralisation efficace des résultats de ces recherches.[7]

La soumission de projets intégrant plusieurs disciplines, telles que l'économie, les sciences humaines et sociales, l'informatique[8] et le management est fortement encouragée. Les équipes peuvent associer des chercheurs ou des professionnels de tous les horizons dont les compétences et les pratiques enrichissent les méthodes et les outils d'analyse en élargissant les champs d'expérimentation ou de validation des projets. Les projets associant dans un cadre coopératif des professionnels de disciplines diverses, et/ou associant différents types de structures de prise en charge ou territoires de santé, sont particulièrement attendus.

Les interventions dont l'efficacité est déjà démontrée hors contexte français peuvent être testées dans le cadre d'un projet du PREPS uniquement dans les cas où l'hypothèse d'une transposition réussie en France peut être valablement questionnée. Cette hypothèse doit être étayée par un rationnel justifiant le financement d'un projet de recherche. Les enjeux liés à l'implémentation et le caractère généralisable de l'intervention devront être explicités et justifiés.

Le PREPS portant sur l'offre et l'organisation des services de santé et sur le parcours des patients, il est par suite attendu que les coûts éventuels de développement d'un nouvel outil soient supportés par son propriétaire.

Le processus de sélection est composé de deux étapes successives :

- pré-sélection des lettres d'intention par un jury institutionnel pour examen de leur éligibilité au programme de recherche, de la pertinence de la question posée et de l'originalité du pré-projet ;
- sélection des dossiers complets par un jury scientifique qui, à l'aide d'expertises produites par des pairs, évalue en particulier la faisabilité méthodologique et opérationnelle du projet, les réponses aux éventuelles remarques faites en pré-sélection ainsi que l'adéquation de son budget en fonction du niveau de qualité des résultats attendus.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à : DGOS-PREPS@sante.gouv.fr

[5] L'acceptabilité s'apprécie au regard de différentes parties prenantes (patients, professionnels de santé, décideurs) et de l'équité (partage potentiel des inégalités dans l'accès et la délivrance des soins de l'éthique et des aspects médico-légaux).
[6] L'accessibilité est notamment définie en termes temporel (continuité) et géographique (proximité).
[7] Guide pour la description des interventions : https://www.bmj.com/content/348/bmj.g1687
[8] Entre autres, les outils informatiques (dossier patient électronique, "big data", etc.) dans leur dimension d'échange de données entre acteurs du système de soins y compris les patients sont dans le champ du PREPS.

Annexe VII : Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP)

1. Objectifs

Le PHRIP a pour objectif la production de connaissances scientifiques utilisables par les auxiliaires médicaux dans leurs prises de décisions ou leurs pratiques.

2. Champ

Le PHRIP vise tous les aspects de la recherche appliquée en santé, en privilégiant les questions se rapportant à l'amélioration des pratiques des auxiliaires médicaux et notamment les stratégies de soins, les référentiels de prise en charge, les méthodes innovantes de soins ainsi que celles de l'organisation des soins et des parcours des patients.

La recherche peut concerner la pratique à l'hôpital, en ville, en maison/centre de santé, au domicile du patient ou dans tout autre lieu d'exercice des auxiliaires médicaux.

Toutes les méthodologies (quantitatives, qualitatives, mixtes) sont éligibles à la condition expresse qu'elles soient appropriées, rigoureuses, que les équipes s'entourent des compétences *ad hoc* pour garantir la qualité de la méthode de recherche choisie, afin d'apporter les éléments de réponse à la question de recherche.

3. Eligibilité

Les projets de recherche peuvent porter sur toutes les dimensions des soins pour peu qu'ils relèvent d'une recherche dans le domaine des soins réalisés par les auxiliaires médicaux. La notion de « soins » doit être comprise dans une acception large, dépassant les seuls soins à visée curative pour intégrer les soins éducatifs et préventifs, la rééducation, la réadaptation, ainsi que les soins à visée palliative.

Le PHRIP n'a pas vocation à se substituer, même pour partie, aux autres programmes de recherche de la DGOS présentés dans cette note d'information et dans le cadre desquels les professionnels de santé paramédicaux peuvent aussi être porteurs de projet.

4. L'appel à projets

Le PHRIP concerne toutes les pathologies et toutes les situations de soins.

Le processus de sélection implique un jury scientifique pour ses deux étapes successives, présélection des lettres d'intention et sélection des dossiers complets.

Pour toute demande d'informations, s'adresser à DGOS-PHRIP@sante.gouv.fr

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION N° DGOS/R4/2022/137 du 9 mai 2022 relative à la mise en œuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2213874N (numéro interne : 2022/137)
Date de signature	09/05/2022
Emetteur	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins
Objet	Mise en oeuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.
Contact utile	Sous-direction de la régulation de l'offre de soins Bureau prises en charge post-aigües, santé mentale, populations spécifiques et pathologies chroniques (R4) Marie-Camille MULLER Tél. : 01 40 56 65 76 Mél. : marie-camille.muller@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	2 pages et 1 annexe (13 pages)
Résumé	Le législateur a adopté début 2022 un article de loi définissant un nouveau cadre juridique pour les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, avec contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de ces mesures à partir d'une certaine durée. En complément de l'instruction N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, cette note d'information précise les modalités de mise en œuvre du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention, notamment la tenue du registre des mesures d'isolement et de contention, par les éditeurs de logiciel.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer selon les mêmes modalités qu'en métropole.

Mots-clés	Soins sans consentement / isolement / contention / registre des mesures d'isolement et de contention / éditeurs de logiciel / contrôle du juge des libertés et de la détention.
Classement thématique	Etablissements de santé
Textes de référence	Code de la santé publique et notamment ses articles L. 3222-1, L. 3222-5-1 dans sa rédaction issue de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (article 17).
Rediffusion locale	Etablissements de santé autorisés en psychiatrie.
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 mai 2022 – N° 59	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit un contrôle systématique par le juge judiciaire des mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre des hospitalisations en soins sans consentement à partir d'une durée définie, conformément aux exigences rappelées par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 ainsi que la tenue d'un registre des mesures d'isolement et de contention dans tous les établissements de santé autorisés en psychiatrie qui assurent, au titre de l'article L. 3222-1 du CSP, la prise en charge des patients en soins sans consentement. Le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 précise les modalités d'application du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention.

L'annexe de cette présente note d'information, co-produite par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation et la direction générale de l'offre de soins, précise les modalités d'application du cadre juridique des mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.

Nous remercions les Agences régionales de santé (ARS) de diffuser largement cette note d'information ainsi que son annexe pour permettre une application rapide.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
par intérim,

Cécile LAMBERT

Annexe à destination des éditeurs de logiciel

Cette annexe a été co-produite par l'ATIH et la DGOS, en s'appuyant sur un groupe de travail dédié.

I. Introduction

1. Contexte

L'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique (CSP) prévoit un contrôle systématique par le juge judiciaire des mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre des hospitalisations complètes en soins sans consentement à partir d'une durée définie. Suite à plusieurs décisions du Conseil constitutionnel, ce cadre a été réformé.

Le présent référentiel accompagne ces réformes introduites par l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, complétées par le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement ainsi que par l'instruction n° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

2. Objet du document

Cette annexe vise à faciliter l'application de la règlementation concernant les mesures d'isolement et de contention par les éditeurs de logiciel.

Il propose certaines définitions nécessaires à la computation des durées des mesures pour respecter notamment les exigences d'information et de saisine posées par la loi et les exigences concernant le registre des mesures d'isolement et de contention prévu à l'article L. 3222-5-1 du CSP.

3. Destinataires

Ce référentiel est destiné aux éditeurs de logiciel développant des logiciels pour les établissements de santé autorisés en psychiatrie et prenant en charge au titre de l'article L. 3222-1 du CSP les soins sans consentement et à tous les acteurs chargés de recueillir les données sur les mesures d'isolement et de contention.

II. Définitions

1. Type A, B, C, D et E

L'isolement et la contention sont décrits selon 5 types :

- **A : Isolement dans un espace dédié**
  Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- **B : Isolement dans un espace non dédié**
  Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les recommandations de bonnes pratiques de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement.
- **C : Contention mécanique (non ambulatoire)**
  Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle, selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS.
- **D : Contention mécanique autre (non ambulatoire)**
- **E : Contention mécanique ambulatoire**
  Exemple : vêtement de contention…

2. Unités de recueil

Deux définitions qui correspondent à plusieurs niveaux d'agrégation sont proposées pour permettre l'alimentation du registre et du RIM-P :

- La séquence d'isolement ou de contention ;
- La mesure d'isolement ou de contention.

2.1. Séquence

a) Séquence d'isolement

Une séquence d'isolement est une période initiée par une décision d'un psychiatre après évaluation du patient. Cette décision doit être motivée.

La décision initiant une séquence et les évaluations doivent être tracées, notamment pour pouvoir être transmises au juge des libertés et de la détention lorsque le juge est saisi ou s'auto-saisit.

La séquence est nécessairement inférieure ou égale à la durée maximale d'isolement fixée par la loi, soit 12h.

Une séquence d'isolement est caractérisée par les variables suivantes :

- Un début (Date, h, min)
- Une fin (Date, h, min)
- Un type A ou B (exclusif)
- Un mode d'hospitalisation correspondant au mode légal de soins : Hospitalisation à la demande d'un tiers, soins pour péril imminent ou soins sur décision du représentant de l'Etat. Le mode légal de la séquence est celui du patient au début de la séquence.
- Le nom du psychiatre ayant décidé la séquence.
- Le nom du ou des professionnels de soins ayant réalisé la surveillance du patient.

Une séquence d'isolement prend fin :

- Quand une décision de levée de la mesure par un psychiatre est prise. Cette décision peut être de sa propre initiative ou suite à une décision de levée par le JLD. Dans ce cas, elle prend fin à compter de la notification de la décision du JLD à l'établissement ;
- Quand la durée d'isolement fixée par la décision du psychiatre prend fin et qu'aucune décision de renouvellement n'est prise ;
- Quand une nouvelle décision d'isolement est prise par un psychiatre pour prolonger la séquence en cours avant sa fin prévue ;
- Quand le patient est transféré dans un autre établissement.

Deux séquences d'isolement (A, B) ne peuvent pas se chevaucher mais peuvent être contiguës : la date, heure et minute de début de l'une ne peut qu'être supérieure ou égale à la date, heure et minute de fin de la séquence précédente.

b) Séquence de contention

Une séquence de contention est une période initiée par une décision d'un psychiatre après évaluation du patient. Cette décision doit être motivée.

La décision initiant une séquence et les évaluations doivent être tracées, notamment pour pouvoir être transmises au juge des libertés et de la détention lorsque le juge est saisi ou s'auto-saisit.

La séquence est nécessairement inférieure à la durée maximale de contention fixée par la loi, soit 6h.

Une séquence de contention est caractérisée par les variables suivantes :

- Un début (Date, h, min)
- Une fin (Date, h, min)
- Un type C, D ou E
- Un mode d'hospitalisation correspondant au mode légal de soins : Hospitalisation à la demande d'un tiers, soins pour péril imminent ou soins sur décision du représentant de l'Etat. Le mode légal de la séquence est celui du patient au début de la séquence.
- Le nom du psychiatre ayant décidé la séquence.
- Le nom du ou des professionnels de soins ayant réalisé la surveillance du patient.

Une séquence de contention prend fin :

- Quand une décision de levée de la mesure par un psychiatre est prise. Cette décision peut être de sa propre initiative ou suite à la décision du JLD. Dans ce cas elle prend fin à compter de la notification de la décision du JLD à l'établissement ;
- Quand la durée de contention fixée par la décision du psychiatre prend fin et qu'aucune décision de renouvellement n'est prise ;
- Quand une nouvelle décision de contention est prise par un psychiatre pour prolonger la décision en cours avant sa fin prévue ;
- Quand le patient est transféré dans un autre établissement.

Deux séquences de contention (de type C, D ou E) ne peuvent pas se chevaucher mais peuvent être contiguës : la date, heure et minute de début de l'une ne peut qu'être supérieure ou égale à la date, heure et minute de fin de la mesure précédente.

2.2. Mesure

a) Mesure d'isolement

Une « mesure d'isolement » constitue l'agrégation de 1 à n séquences d'isolement (A ou B) soit contiguës, le début d'une séquence coïncidant avec la fin de la séquence précédente, soit séparées de moins de 48h.

Elle est caractérisée par :

- Un type : Isolement
- Un début : Date et heure minute de début de la 1ère séquence d'isolement la constituant
- Une fin : Date et heure minute de fin de la dernière séquence d'isolement la constituant
    - Condition de fin d'une mesure :
        - Décision de levée par un psychiatre ou suite à décision de levée par le JLD
        - Et /ou Absence d'une nouvelle séquence d'isolement 48 heures après la fin de la séquence d'isolement précédente

Deux mesures d'isolement ne peuvent ni se chevaucher ni être contiguës.

La durée minimale séparant 2 mesures est au moins égale à 48 heures sauf exception (nouvelle mesure du psychiatre malgré une mainlevée du juge).

La mesure est le support de recueil des variables suivantes : Motifs, pathologies chroniques, personnalités pathologiques, patient connu.

Ces variables sont recueillies au début de chaque nouvelle mesure.

b) Mesure de contention

Une « mesure de contention » constitue l'agrégation de 1 à n séquences de contention (C ou D) soit contiguës, le début d'une mesure coïncidant avec la fin de la mesure précédente, soit séparées de moins de 48h.

Elle est caractérisée par :

- Un type : Contention
- Un début : Date et heure minute de début de la 1ère séquence de contention la constituant.
- Une fin : Date et heure minute fin de la dernière séquence de contention la constituant.
    - Condition de fin d'une mesure :
        - Décision de levée par un psychiatre ou suite à décision de levée par le JLD
        - Et /ou Absence d'une nouvelle séquence de contention 48 heures après la fin de la séquence de contention précédente

Deux mesures de contention ne peuvent ni se chevaucher ni être contiguës.

La durée minimale séparant 2 mesures est au moins égale à 48 heures sauf exception (nouvelle mesure du psychiatre malgré une mainlevée du juge).

La mesure est le support de recueil des variables suivantes : Motifs, pathologies chroniques, personnalités pathologiques, patient connu.

Ces variables sont recueillies au début de chaque nouvelle mesure.

3. Cycles d'information et de contrôle

3.1. Cycle d'information et de contrôle d'une mesure d'isolement

Un cycle est une période de temps au cours de laquelle l'agrégation des durées d'isolement permet de cadencer les différentes échéances légales : information du JLD et des proches, saisine du JLD.

Le cycle n'est pas à recueillir par les professionnels de l'établissements mais est déduit à partir du recueil des séquences et mesures d'isolement.

Un cycle d'information et de contrôle d'une mesure d'isolement est caractérisé par une somme des durées cumulées d'isolement.

Cette somme est calculée à un moment « T » pour un patient faisant l'objet d'une mesure d'isolement.

Elle est égale à la somme de toutes les durées d'isolement de type A et B sur une période de temps pouvant aller jusqu'à 15 jours (principe des 15 jours glissants). Cette période est comprise entre le moment « T » et un moment « T0 » marquant le début de la période de temps. Le moment « T0 » est antérieur à « T ».

Le moment « T0 » peut prendre 2 valeurs en fonction de la dernière date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision :

- « T0 » est égal à la dernière date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision si celle-ci est survenue dans les 15 jours précédant le moment « T ».
- « T0 » est égal à T – 15 jours dans tous les autres cas.

La somme des durées d'isolement va déclencher les différentes procédures législatives :

- Inférieure à 48 heures : aucune procédure
- Egale à 48 heures : Information du JLD et des proches
- Egale à 72 heures : Saisine du JLD

Cette somme est remise à zéro à la date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision, soit la date à laquelle cette somme a atteint 72 heures augmentée de 24 heures.

Le cycle d'information et de contrôle de la mesure d'isolement est alors fermé à cette même date et un nouveau cycle s'ouvre si la mesure se poursuit.

Cas particulier :

Le législateur a prévu un cas particulier dans le cadencement des saisines du juge quand les mesures d'isolement sont prolongées dans le temps, au-delà de la 2ème décision de maintien du JLD.

Après deux décisions consécutives de maintien de la mesure par le juge, un troisième cycle d'information et de contrôle s'ouvre, répondant à des caractéristiques différentes des deux précédents. On considère alors le moment T1 correspondant à la date de la 2ème décision de maintien (date maximale théorique) par le JLD.

- Si la somme des durées cumulées d'isolement de cette nouvelle séquence atteint 72 heures à un moment T <= à 15 jours après la date de la 2ème décision du Juge (T1 + 15j), alors il n'y a pas de saisine.

- Si la somme des durées cumulées d'isolement de cette nouvelle séquence atteint 6*24h heures après la date de la 2ème décision du Juge, alors le juge est saisi et les proches sont informés au moment T. La date théorique maximale pour que le juge rende sa décision est T + 24h.

3.2. Cycle d'information et de contrôle de la contention

Un cycle est une période de temps au cours de laquelle l'agrégation des durées de contention permet de cadencer les différentes échéances législatives : information du JLD et des proches, saisine du JLD.

Le cycle n'est pas à recueillir par les professionnels de l'établissements mais est déduit à partir du recueil des mesures de contention.

Un cycle d'information et de contrôle de la contention est caractérisé par une somme des durées cumulées de contention.

Cette somme est calculée à un moment « T » pour un patient faisant l'objet d'une mesure de contention.

Elle est égale à la somme de toutes les durées de contention de type C et D sur une période de temps pouvant aller jusqu'à 15 jours (principe des 15 jours glissants). Cette période est comprise entre le moment « T » et un moment « T0 » marquant le début de la période. Le moment « T0 » est antérieur à « T ».

Le moment « T0 » peut prendre 2 valeurs en fonction de la dernière date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision :

- T0 est égal à la dernière date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision si celle-ci est survenue dans les 15 jours précédant le moment « T »
- « T0 » est égal à T – 15 jours dans tous les autres cas.

La somme des durées de contention va déclencher les différentes procédures législatives :

- Inférieure à 24 heures : aucune procédure
- Égale à 24 heures : Information du JLD et des proches
- Egale à 48 heures : Saisine du JLD

Cette somme est remise à zéro à la date théorique maximale accordée au juge pour rendre sa décision, soit la date à laquelle cette somme a atteint 48 heures augmentée de 24 heures.

III. Computation des durées pour respecter les exigences législatives

1. Isolement

Lorsque la durée d'isolement atteint 48h et qu'une décision de renouvellement est prise par le psychiatre :

- Le médecin informe au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect du secret médical et de la volonté du patient ;
- Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD).

Lorsque la durée d'isolement atteint 72h et qu'une décision de renouvellement est prise par le psychiatre, le directeur de l'établissement saisit le JLD avant l'expiration de la 72ème heure.

Le juge a alors 24h pour statuer.

- Si le juge ordonne la mainlevée de la décision d'isolement, aucune nouvelle décision ne peut être prise dans les 48h suivant la décision du juge, « sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. » Dans ce cas, le directeur informe sans délai le JLD. Il s'agit d'une nouvelle mesure et le décompte repart de 0 à compter de la nouvelle décision du psychiatre.
- Si le juge autorise le maintien de la décision d'isolement, le décompte des durées déclenchant l'information du JLD et des proches et la saisine court à compter de l'expiration des délais accordés au juge pour statuer (24h après la 72ème heure d'isolement). Ainsi le décompte des durées est remis à zéro 24h après la 72ème heure d'isolement.

Si le renouvellement d'une décision d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien par le JLD, le directeur saisit le JLD au moins 24h avant l'expiration d'un délai de 7 jours d'isolement - soit lorsque la somme des durées des mesures d'isolement successives atteint 6 jours - à compter de la précédente décision du JLD, soit au plus tard au bout de 6 jours d'isolement après la décision du JLD. Le JLD doit statuer avant l'expiration du 7ème jour. En cas de nouvelle décision de maintien par le JLD, celui-ci est saisi au moins 24h avant l'expiration d'un délai de 7 jours d'isolement – soit lorsque la somme des durées des mesures d'isolement successives atteint 6 jours.

2. Contention

Lorsque la durée de la contention atteint 24h et qu'une décision de renouvellement est prise par le psychiatre :

- Le médecin informe au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un PACS ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect du secret médical et de la volonté du patient ;
- Le directeur de l'établissement sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD).

Lorsque la durée de la contention atteint 48h et qu'une décision de renouvellement est prise par le psychiatre, le directeur de l'établissement saisit le JLD avant l'expiration de la 48ème heure.

Le juge a alors 24h pour statuer.

- Si le juge ordonne la mainlevée de la décision de contention, aucune nouvelle décision ne peut être prise dans les 48h suivant la décision du juge, « sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. » Dans ce cas, le directeur informe sans délai le JLD. Il s'agit d'une nouvelle mesure et le décompte repart de 0 à compter de la nouvelle décision du psychiatre.
- Si le juge autorise le maintien de la décision de contention, le décompte des durées déclenchant l'information du JLD et des proches et la saisine court à compter de l'expiration des délais accordés au juge pour statuer (24h après la 48ème de contention). Ainsi le décompte des durées est remis à zéro 24h après la 48ème de contention.

IV. Le registre des mesures d'isolement et de contention

1. Périmètre des établissements concernés

L'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit que tout établissement de santé autorisé pour prendre en charge les soins psychiatriques sans consentement tienne un registre des mesures d'isolement et de contention.

Ainsi selon la loi, seuls les établissements de santé autorisés en psychiatrie assurant la prise en charge des soins sans consentement en application de l'article L. 3222-1 sont contraints de tenir un registre des mesures d'isolement et de contention.

Les autres établissements de santé qui pratiquent des mesures d'isolement et de contention peuvent cependant tenir un registre des mesures d'isolement et de contention.

2. Contenu

La « séquence » est la brique élémentaire du recueil pour le registre des mesures d'isolement et de contention et le Fichcomp du RIM-P.

Dans le registre des mesures d'isolement et de contention :

- concernant les séquences d'isolement, sont renseignées celles de type A et celles de type B.
- concernant les séquences de contention, seules celles de type C et D sont à renseigner dans le registre.

Dans le Fichcomp du RIM-P, toutes les séquences (A, B, C, D et E) sont à recueillir.

Le registre des mesures d'isolement et de contention mentionne toutes les décisions d'isolement et de contention concernant les patients en hospitalisation complète sans consentement. Ainsi sont mentionnées :

- les décisions initiales d'isolement ou de contention ;
- les décisions de renouvellements prévues au deuxième et troisième alinéa du I. de l'article L. 3222-5-1 du CSP ;
- et les décisions de renouvellement à titre exceptionnel au-delà des durées totales fixées par la loi, prévues par le premier alinéa du II. de l'article L. 3222-5-1 du CSP.

Pour chaque séquence sont renseignés :

- Le nom du psychiatre ayant décidé cette séquence ;
- Un identifiant du patient concerné. L'identifiant du patient doit garantir l'anonymat du patient. Ainsi le NIP (ou l'IPP) ne peuvent être utilisés. Cependant, l'identifiant du patient renseigné dans le registre doit être le même durant tout son séjour et les séjours suivants. En effet, la durée totale des décisions d'isolement et de contention dont le patient fait l'objet doit pouvoir être suivie sur une période de 48h et de 15 jours pour respecter le cadre législatif. Un numéro aléatoire peut être affecté au patient et un fichier de correspondance peut être tenu sous la responsabilité du médecin DIM ;
- L'âge du patient (celui du patient au début de la séquence) ;
- Son mode d'hospitalisation (soins psychiatriques à la demande d'un tiers, soins psychiatriques en cas de péril imminent ; soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat) ; Si le mode légal change au cours de la séquence, c'est le mode légal au début de la séquence qui est à renseigner ;

- La date et l'heure de début de la séquence ;
- La durée de la séquence ;
- Le type de séquence d'isolement ou contention (A, B, C ou D)[1]
- La date et heure de début de la mesure ;
- La durée de la mesure ;
- Les noms des professionnels de santé l'ayant surveillée.

Le format du registre est décrit dans le VI.

V. Le recueil RIMP

1. Périmètre du recueil

1.1. Périmètre établissements

Le recueil des données relatives aux pratiques de l'isolement et de la contention dans le RIM-P concerne tous les établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Le périmètre du recueil est dans ce sens, plus large que celui des établissements soumis à l'obligation de tenir un registre d'isolement et de contention.

1.2. Périmètre activité

Toutes les formes d'activités de prise en charge à temps complets doivent recueillir les données relatives à l'isolement et la contention (Centre de crise, hospitalisation à temps plein, centre de post cure…etc).

1.3. Mode légal de soins

Pour rappel, les mesures d'isolement et la contention ne peuvent concerner que les patients en hospitalisation complète sans consentement. Un patient en soins psychiatriques libres ne peut pas être isolé ou mis sous contention.

Cependant l'instruction prévoit que « dans les structures d'urgence et les établissements autorisés en psychiatrie, il est possible de mettre en place, **à titre exceptionnel et en cas d'urgence**, pour des raisons tenant à la sécurité du patient ou d'autrui, des mesures de protection pendant quelques heures en attendant soit la résolution de la situation clinique critique, soit l'hospitalisation du patient en soins sans consentement.[2] »

Les mesures d'isolement et de contention prises dans ce cadre doivent être tracées dans le RIM-P.

Le mode légal des soins dans lequel le patient est hospitalisé doit être précisé dans le recueil.

[1] Seules les séquences de type A, B, C ou D sont à recueillir dans le registre.

[2] Instruction N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.

2. Contenu du recueil

La description de l'isolement et de la contention dans le RIM-P se fait dans un fichier complémentaire de type Fichcomp dont le format est décrit dans le VI du document ci-dessous à partir de 2023.

L'unité de base de ce recueil est la séquence.

VI. Format et exemple

1. Registre des mesures d'isolement et de contention

Libellé	**Remarques**
Identifiant Patient	Ne peut être ni le NIP ni l'IPP. Doit être constant au cours de tous les séjours du patient au sein de l'établissement.
N° de séquence	Laissé au choix de l'établissement.
Type de la décision	Isolement A ou B Contention C ou D
Date et heure de début de la séquence	JJMMAAAA HH : MM 2 décisions de même type qui se succèdent peuvent être contiguës mais pas se chevaucher.
Durée de la séquence	HH : MM Durée maximale : 12 heures si décision d'isolement Durée maximale : 6 heures si décision de contention
Date et heure de début de la mesure	
Durée de la mesure	
Mode d'hospitalisation	Mode légal de l'hospitalisation au début de la séquence : - SDRE - HDT - SPI
Nom du psychiatre	Nom du psychiatre ayant pris la décision
Nom(s) des professionnels de soins	Nom des professionnels de soins ayant réalisé la surveillance

2. Format Fichcomp Isolement contention dans le RIM-P à partir de 2023

Libellé	**Remarques**
N° FINESS d'inscription ePMSI	
Type de prestation	Fixé à « 12 »
N° de séjour	variable présente dans le RPS
N° de séquence	Laissé au choix de l'établissement
Type de contention/ isolement	De A à E o A : Isolement dans un espace dédié : Un espace est dit dédié s'il est conforme aux recommandations de bonnes pratiques (RBP) de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement. o B : Isolement dans un espace non dédié : Tout espace (dont la chambre du patient) ne respectant pas les RBP de la HAS concernant les espaces dédiés à l'isolement. o C : Contention mécanique (non ambulatoire) : Fait référence à un patient en position allongée dans un lit avec sangle. o E : Contention mécanique ambulatoire : Exemple : vêtement de contention,… o D : Contention mécanique autres : Tout moyen de contention qui ne relèverait pas du type « C » et « E » décrit au-dessus.
Date de début de séquence	JJMMAAAA
Heure de début de séquence	HHMM (24h)
Date de fin de séquence	JJMMAAAA (*)
Heure de fin de séquence	HHMM (24h) (*)
Mode légal de soin	Mode légal de l'hospitalisation au début de la séquence : - Soins libres - SDRE - HDT - SPI
Numéro de la mesure	Laissé au choix de l'établissement
Type de la mesure	1 : Isolement 2 : Contention 3 : N.C (correspond aux séquences de contention de type « E »). Une mesure d'isolement ne contient que des séquences de type A ou B. Une mesure de contention ne contient que des séquences de types C,D.. Au sein d'une mesure, toutes les mesures se suivent et sont contiguës, la fin de l'une est égale au début de la suivante ou espacés de moins de 48 heures.

Date début de la mesure	JJMMAAAA ; est égale à la date de début de la 1ère séquence de la mesure
heure début de la mesure	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de début de la 1ère séquence de la mesure
Date de fin de la mesure	JJMMAAAA ; est égale à la date de fin de la dernière séquence de la mesure
Heure de fin de la mesure	HHMM (24h) ; est égale à l'heure de fin de la dernière séquence de la mesure
Motif : Violence ou Hétéro-agressivité	0 : Non 1 : Menace ou Imminence 2 : Passage à l'acte 8 : Autres
Motif : Suicide ou TS	0 : Non 1 : Menaces suicidaires persistantes et réitérées 2 : Passage à l'acte suicidaire depuis son admission 8 : Autres
Motif : Auto-agressivité hors suicide	0 : Non 1 : Auto-mutilation 8 : Autres
Motif : Etat d'agitation non dirigée	0 : non ; 1 : oui
Motif : Autres	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Schizophrénie	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode maniaque	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble affectif bipolaire	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Épisode dépressif	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Trouble du Neurodéveloppement	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Troubles neuro-dégénératifs	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Troubles déficitaires	0 : non ; 1 : oui
Pathologie chronique : Autres	0 : non ; 1 : oui
Trouble spécifique de la personnalité	0 : Non 1 : Personnalité dyssociale F60.2 2 : Personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F 60.30) ou borderline : F60.31 8 : Autres type de personnalité
Prise de substance toxique : Intoxication aigue	0 : non ; 1 : oui
Prise de substance toxique : Intoxication chronique	0 : non ; 1 : oui

Patient connu	0 : Non 1 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car elle le prend en charge habituellement. 2 : Oui ; Patient connu de l'équipe soignante qui réalise la mesure car l'équipe soignante qui le prend en charge habituellement a transmis des éléments d'anamnèse, de façon orale ou écrite.

Agence de la biomédecine

Décision du 11 mai 2022 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 : SSAB2230423S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 10 mai 2022 par Monsieur Jean-Luc TAUPIN aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 11 mai 2022 ;

Considérant que Monsieur Jean-Luc TAUPIN, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme d'études approfondies de biologie des cellules sanguines et d'un doctorat en biologie-santé ; qu'il a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire d'immunologie et immunogénétique du Centre hospitalier universitaire de Bordeaux de 2003 à août 2015 ; qu'il exerce au sein du laboratoire d'immunologie et histocompatibilité de l'Hôpital Saint-Louis (AP-HP) depuis septembre 2015 ; qu'il dispose d'un agrément pour la pratique des analyses de génétique moléculaire depuis 2012 ; 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

Monsieur Jean-Luc TAUPIN est agréé au titre de l'article R. 1131-6 du code de la santé publique pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire.

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 11 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 12 mai 2022 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 : SSAB2230425S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 11 mai 2022 par Madame Valentine MARQUET 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 12 mai 2022 ;

Considérant que Madame Valentine MARQUET, médecin qualifiée, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, d'un diplôme interuniversitaire de cytogénétique médicale et d'un master recherche biosanté ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'histologie, cytologie, cytogénétique et biologie cellulaire du Centre hospitalier universitaire de Limoges (Hôpital de la Mère et de l'Enfant) depuis novembre 2015 et en tant que praticien agréée depuis 2017 ; 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

Madame Valentine MARQUET 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 Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 12 mai 2022.

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

Ministère des solidarités et de la santé

Arrêté du 12 mai 2022 portant nomination du directeur général de l'Institut Paoli Calmettes – Centre de lutte contre le cancer de Marseille

NOR : SSAH2230415A

Le ministre des solidarités et de la santé,

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

Vu le décret n° 2021-1645 du 13 décembre 2021 relatif au personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires ;

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

Vu l'arrêté du 22 mars 2017 portant renouvellement du mandat de directeur général de l'Institut Paoli Calmettes centre de lutte contre le cancer de Marseille ;

Vu l'avis du conseil d'administration de l'Institut Paoli Calmettes en date du 28 avril 2022 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer par courrier de son président en date du 5 mai 2022 ;

Vu la candidature présentée par l'intéressé,

Arrête :

Article 1er

Monsieur Norbert VEY, professeur des universités-praticien hospitalier, est nommé en qualité de directeur général de l'Institut Paoli Calmettes, centre de lutte contre le cancer de Marseille, pour une durée de cinq ans à compter du 12 mai 2022.

Article 2

La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 12 mai 2022.

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins par intérim,
Cécile LAMBERT

La présente décision peut faire l'objet soit :

- d'un recours gracieux devant le ministre chargé de la santé (Direction générale de l'offre de soins) dans le délai de deux mois suivant sa notification. Un recours contentieux sera possible en cas de rejet explicite ou implicite de l'administration ;
- d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente (Tribunal administratif ou Conseil d'Etat pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers) dans les deux mois suivant la notification ou les deux mois suivant les décisions de rejet du recours gracieux.

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 de la directrice générale de l'Agence de la biomédecine portant refus d'agrément pour la pratique des examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales en application des dispositions de l'article L. 1131-3 du code de la santé publique

NOR : SSAB2230424S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 29 mars 2022 par Madame Maud PRIVAT aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 1er avril 2022 ;

Considérant que Madame Maud PRIVAT, personnalité scientifique, est notamment titulaire d'un doctorat en sciences de la vie et de la santé spécialité génétique et cancer ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie médicale Oncovergne du Centre de lutte contre le cancer Jean PERRIN (Clermont-Ferrand) en tant qu'ingénieur depuis juillet 2010 ;

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

Décide :

Article 1er

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

Article 2

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 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 : SSAB2230426S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 18 mars 2022 par Monsieur Gregory GATOUILLAT aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux typages HLA ;

Vu la demande d'informations complémentaires du 30 mars 2022 ;

Vu le dossier déclaré complet le 1er avril 2022 ;

Considérant que Monsieur Gregory GATOUILLAT, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale parcours génétique, d'un diplôme d'université de transfusion sanguine, d'un diplôme d'études approfondies en biomolécules et dynamique cellulaire et d'un doctorat en sciences, spécialité biochimie et biologie moléculaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire d'immunologie du Centre hospitalier universitaire de Reims (Hôpital Robert DEBRÉ, Pôle biologie territoriale, Service de génétique, hématologie, immunologie et biologie de la reproduction) depuis 2016 ; qu'il a effectué un stage au sein du Service de génétique moléculaire du Centre hospitalier universitaire de Reims en mars 2022 ; qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 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 : SSAB2230427S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 22 mars 2022 par Monsieur Aurélien CHARNOT aux fins d'obtenir un agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 30 mars 2022 ;

Considérant que Monsieur Aurélien CHARNOT, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme inter-universitaire de médecine personnalisée et pharmacogénomique ; qu'il a exercé les activités de génétique au sein des laboratoires d'oncogénétique moléculaire de l'Hôpital Hautepierre (Strasbourg) et de cytogénétique de l'Hôpital Emile MULLER (Mulhouse) entre 2018 et 2019 ; qu'il a exercé les activités de génétique au sein du laboratoire de génétique de l'Hôpital Mercy (ARS Laquenexy) entre novembre 2019 et novembre 2020 ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du laboratoire Schuh (Bio_67 Biosphere, Strasbourg) depuis 2021 ; qu'il dispose d'un agrément pour pratiquer les activités de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée aux facteurs II et V et à l'hémochromatose depuis juillet 2021 et d'un agrément pour pratiquer les analyses de cytogénétique, y compris cytogénétique moléculaire, et les activités de génétique moléculaire en vue d'une utilisation limitée au typage HLA depuis novembre 2021 ; qu'il justifie donc de la formation et de l'expérience requises,

Décide :

Article 1er

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 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 : SSAB2230428S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 12 mai 2022 par Madame Julie LECLERC aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 13 mai 2022 ;

Considérant que Madame Julie LECLERC, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale, de certificats de maîtrise de sciences biologiques et médicales de génétique humaine comparée et de biologie et pathologie moléculaires, d'un master recherche en génétique ainsi que d'un doctorat d'université en biologie-santé, spécialité biochimie et biologie moléculaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biochimie et biologie moléculaire du Centre hospitalier régional universitaire de Lille (centre de biologie-pathologie, institut de biochimie et biologie moléculaire) depuis 2011 et en tant que praticien agréée depuis 2012 ; 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

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 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 : SSAB2230429S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 12 mai 2022 par Madame Marie-Paule BEAUJARD 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 13 mai 2022 ;

Considérant que Madame Marie-Paule BEAUJARD, médecin qualifiée en biologie médicale, est notamment titulaire d'un certificat de maîtrise de sciences biologiques et médicales de génétique ainsi que d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de cytogénétique humaine ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du service d'histologie, cytogénétique et embryologie de l'hôpital Necker Enfants malades (AP-HP) depuis 2012 et en tant que praticien agréée depuis 2017 ; 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

Madame Marie-Paule BEAUJARD 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 Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 13 mai 2022 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 : SSAB2230430S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 12 mai 2022 par Monsieur Nicolas CHASSAING aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 13 mai 2022 ;

Considérant que Monsieur Nicolas CHASSAING, médecin qualifié, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de génétique médicale, d'un master professionnel en physiopathologie cellulaire, moléculaire et intégrée ainsi que d'un doctorat en génétique moléculaire ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du service de génétique médicale du Centre hospitalier universitaire de Toulouse (Hôpital Purpan) en tant que praticien agréé depuis 2007 ; 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

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 13 mai 2022.

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

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde

Le ministre de l'intérieur
Le ministre des solidarités et de la santé
Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

à

Monsieur le préfet de police
Mesdames et Messieurs les préfets de département
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAH2214484J (numéro interne : 2022/144)
Date de signature	13/05/2022
Emetteurs	Ministère des solidarités et de la santé Direction générale de l'offre de soins Ministère de l'économie, des finances et de la relance Direction de la sécurité sociale Ministère de l'intérieur Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises
Objet	Mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde.
Commande	Organisation de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde des transports sanitaires urgents demandés par le SAMU
Actions à réaliser	1. Adoption du cahier des charges départemental fixant le cadre et les modalités d'organisation de la garde – ARS 2. Désignation de l'association de transports sanitaires d'urgence la plus représentative (ATSU)– ARS 3. Adoption du tableau de garde proposé par l'ATSU– ARS

	4. Approbation de la convention tripartite – ARS et préfet
Echéance	Dès réception de l'instruction
Contacts utiles	Sous-direction de la régulation de l'offre Bureau du premier recours Personne chargée du dossier : Emeline GAULTIER Tél. : 01 40 56 40 38 Mél. : DGOS-TRANSPORTS-SANITAIRES@sante.gouv.fr Sous-direction du financement du système de soins Bureau des établissements de santé et médico-sociaux Personne chargée du dossier : Maud ROBERT Tél : 01.40.56.59.44 Mél : maud.robert3@sante.gouv.fr Sous-direction des services d'incendie et de secours Bureau de l'organisation et des missions des services d'incendie et de secours Mél : dgscgc-bomsis@interieur.gouv.fr
Nombre de pages et annexes	19 pages + 6 annexes (43 pages) Annexe 1 : Éléments attendus et calendrier pour l'application de la réforme au niveau local Annexe 2 : Calculs des plafonds d'heures de garde Annexe 3 : Fiche de bonne pratique sur les transports vers des structures de ville Annexe 4: Modèle de cahier des charges départemental Annexe 5 : Modèle de convention bipartite (SAMU/ATSU) Annexe 6 : Modèle d'attestation sur l'honneur à inclure dans la demande d'autorisation de mise en service d'un véhicule affecté exclusivement à l'aide médicale urgente
Résumé	La présente instruction expose les modalités de réorganisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes de transports sanitaires urgents du service d'aide médicale urgente (SAMU) et apporte des outils méthodologiques aux acteurs pour mener à bien cette réorganisation. L'un des objectif au plan national est la diminution des carences ambulancières.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux départements et régions d'Outre-mer, à l'exception des collectivités d'Outre-Mer (St Martin, St Barthélémy, St Pierre et Miquelon, Nouvelle Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna)

Mots-clés	transport sanitaire urgent – service de garde – coordonnateur ambulancier – cahier des charges départemental.
Classement thématique	Urgences
Textes de référence	Code de la santé publique, notamment les articles L. 6311-2, L. 6312-1 à L. 6312-5, R. 6311-2, R. 6312-17-1 à R.6312-23-2, R.6312-29 à R.6312-43. Code général des collectivités territoriales : L.1424-42 Arrêté du 22 avril 2022 fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière Arrêté du 26 avril 2022 relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R. 6312-19 du code de la santé publique Arrêté du 26 avril 2022 relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental
Circulaire / instruction abrogée	Circulaire N°DHOS/O1/2003/204 du 23 avril 2003 relative à l'organisation de la garde ambulancière.
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Etablissements de santé sièges du SAMU Entreprises de transports sanitaires Associations de transports sanitaires d'urgence Services d'incendie et de secours
Validée par le CNP le 13 mai 2022 - Visa CNP 2022-73	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

I. Rappel des objectifs et des grands principes de la réforme

La réforme de la garde et des transports sanitaires urgents vise à réorganiser la réponse des entreprises de transport sanitaire privées aux demandes de transport sanitaire urgent du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU). L'objectif national est de mieux les solliciter pour assurer aux SAMU des effecteurs facilement mobilisables au profit des patients et limiter les carences pesant sur les services d'incendie et de secours (SIS) dans certains territoires

La nouvelle organisation s'inspire des initiatives développées dans de nombreux territoires ces dernières années, notamment les expérimentations menées dans sept départements[1] jusqu'au 31 décembre 2022, en application de **l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale** (LFSS) **pour 2012.** Elles permettent d'améliorer l'organisation globale du transport sanitaire urgent et encouragent l'évolution des pratiques dans le sens d'une réponse opérationnelle fluide et efficace aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU. **Il est rappelé que dans la continuité des évaluations semestrielles prévues depuis la mise en place de cette expérimentation, un bilan final est attendu pour chacun des sept départements participants, pour le 30/06/2022.** La DGOS reviendra vers les territoires concernés dans les meilleurs délais.

Elle a également fait l'objet **d'études d'impact dans sept départements**[2] choisis conjointement par le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de l'intérieur, durant l'été 2021. Les rapports d'études confirment la volonté des acteurs locaux de co-construire une nouvelle organisation de la garde en fonction de chaque spécificité et besoin locaux et préconisent une adaptation des seuils déclenchant la mise en place d'ambulances de garde sans remise en cause des principes fondateurs de la réforme.

La réforme se matérialise par 4 textes *en sus* de la présente instruction :

- Décret portant réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires à la garde ;
- Arrêté relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;
- Arrêté relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R.6312-19 du code de la santé publique ;
- Arrêté fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière.

Elle établit les grands principes suivants :

- Le découpage des secteurs de garde tient compte de l'activité et de l'objectif-cible d'un délai de trente minutes entre la demande de transports sanitaires urgents du SAMU et l'arrivée sur le lieu de prise en charge du patient. Il est élaboré par les ARS en fonction des horaires de garde définis sur chaque secteur ;
- L'association des transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au plan départemental se voit confier des missions clarifiées en matière d'organisation opérationnelle de la garde et des transports sanitaires urgents, comme intermédiaire entre les pouvoirs publics et les entreprises du territoire ;
- La mission de coordination ambulancière est assurée en continu dans tous les départements : La présence du coordonnateur ambulancier est obligatoire au moins en

[1] Allier (03) Charente Maritime (17), Haute-Garonne (31), Isère (38), Meuse (55), Savoie (73) et Var (83)
[2] Alpes de Haute Provence (04) Gironde (33), Mayenne (53), Nièvre (58), Pyrénées-Orientales (66), Savoie (73) et Var (83)

journée sauf dans les départements ou aux horaires où l'activité de transport sanitaire urgents est trop faible ;

- Le cahier des charges départemental est élargi pour déterminer les modalités d'organisation non seulement de la garde mais aussi de l'ensemble de la réponse des entreprises de transports sanitaires aux demandes du SAMU. La signature d'une convention locale SAMU-ATSU-SIS pour organiser la coordination entre les acteurs est également prévue ;
- Les transports sanitaires urgents réalisés par les entreprises de transports sanitaires dans le cadre de l'aide médicale urgente comportent la possibilité d'un transport vers une prise en charge de ville ou la survenue de sorties blanches ;
- Une indemnité horaire de substitution est versée au service d'incendie et de secours dans les secteurs non couverts par une garde des transports sanitaires urgents et dans les secteurs pour lesquels la garde ambulancière est assurée partiellement, sur la base du cahier des charges départemental mentionné à l'article R. 6312-19 du code de la santé publique.

En parallèle de la réorganisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes du SAMU, le modèle de rémunération des transports sanitaires urgents a été amélioré : L'avenant n°10 à la convention nationale, signé le 22 décembre 2020[3], a mis en place un nouveau modèle de rémunération. Pour rappel, la rémunération des entreprises de transport sanitaire dans le cadre de l'aide médicale urgente est définie par la convention nationale des entreprises de transports sanitaires et ses avenants.

Le tarif de la carence ambulancière[4] a également été revalorisé à hauteur de 200€ pour les interventions réalisées en 2022.

II. Méthodologie et calendrier de mise en œuvre dans les départements

1. Mise en œuvre de la réforme dans chaque département

Les travaux de réorganisation doivent se poursuivre dans des groupes de travail départementaux pilotés par les agences régionales de santé (ARS) et réunissant tous les acteurs : préfets, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), entreprises privées de transport sanitaire (via les ATSU) et les représentants au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), SAMU, SIS.

L'ARS peut mettre en place une instance régionale visant à assurer la coordination des travaux des différents départements d'une même région, associant les mêmes acteurs qu'en département.

Un outil de simulation régionale élaboré par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté a été communiqué aux ARS, ainsi qu'un guide d'utilisation. Il permet d'analyser finement l'activité et le besoin sur chaque territoire à chaque horaire, de faire des études d'impact organisationnel et d'optimiser le positionnement des moyens de garde de manière à assurer une meilleure efficacité du dispositif et à limiter les carences. Il appuie les ARS dans les travaux de réorganisation.

[3] Arrêté du 26 février 2021 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
[4] Arrêté du 30 novembre 2006 fixant les modalités d'établissement de la convention entre les services d'incendie et de secours et les établissements de santé sièges des SAMU mentionnée à l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

Dans les départements et régions d'Outre-mer, en raison des caractéristiques populationnelles et géographiques, le calcul des plafonds d'heures de garde sera effectué pour la première année de mise en œuvre de la réforme par les services de la direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale, en lien avec l'organisation territoriale projetée. Dans ce cadre, un accompagnement spécifique est prévu pour les territoires suivants : Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane et Mayotte.

Pour que la réforme, conditionnée à l'adoption d'un acte formalisant la nouvelle organisation, entre en vigueur d'ici le 30 juin 2022, il vous est demandé, à cette échéance, d'avoir adopté :

- **Un nouveau cahier des charges départemental conforme à l'article R.6312-19 du code de la santé publique ;**
- **A défaut, un avenant au cahier des charges départemental actuel conforme au 1° et 2° de l'article R.6312-19 du code de la santé publique (sectorisation, horaires et nombre de moyens de garde par secteur).**

En cas d'adoption d'un avenant, l'adoption d'un cahier des charges départemental définitif est attendue avant le 01/11/2022.

Les autres livrables attendus à cette date sont précisés en annexe 1.

Le nouveau cahier des charges est établi dans chaque département et arrêté par le directeur général de l'ARS après consultation obligatoire du sous-comité des transports sanitaires[5]. Sa publication déclenche l'application des nouvelles modalités de rémunération conventionnelles dans chaque département.

2. Rôle spécifique des acteurs locaux dans la mise en œuvre de la réforme

L'ARS arrête la structuration de la garde : elle réorganise les secteurs le cas échéant et définit des périodes de garde par secteur avec l'aide de l'outil de simulation et en concertation avec tous les acteurs dans le cadre des groupes de travail départementaux.

Après avis du sous-comité des transports sanitaires, l'ARS arrête le cahier des charges départemental pour l'organisation des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises agréées de transport sanitaire à la garde qui fixe notamment le nombre d'ambulances de garde nécessaires par secteur, les secteurs et horaires de garde pour chacun des secteurs. Le tableau de garde précise quant à lui le nombre de véhicules dédiés par chaque entreprise, conformément à l'organisation retenue dans le cahier des charges.

Le rôle de l'ATSU est renforcé dans l'organisation opérationnelle de la garde et des transports sanitaires sur demande du SAMU des entreprises de transports sanitaires. L'ATSU établit notamment, après concertation avec les entreprises volontaires, le tableau de garde suivant des critères de répartition des gardes définis avec les entreprises du département et assure ses fonctions de manière juste et équitable. Elle porte également l'organisation d'un système de sollicitation des entreprises volontaires hors garde ainsi qu'une démarche qualité.

L'ensemble des acteurs impliqués dans la réalisation des transports sanitaires urgents définissent en commun les modalités opérationnelles locales de la réponse aux demandes du SAMU, notamment par la rédaction de la convention locale tripartite SAMU-ATSU-SIS prévue à l'article R.6312-23-1 du code de la santé publique, qui fixe les obligations des acteurs, l'organisation opérationnelle locale des transports sanitaires urgents et les règles de qualité du service rendu, dans le respect du cadre réglementaire et du cahier des charges.

[5] R.6312-19 et R.6313-5 et suivants du code de la santé publique

Le préfet et le directeur général de l'ARS co-président le sous-comité des transports sanitaires qui émet un avis sur le cahier des charges départemental, les tableaux de garde et l'identification du besoin en véhicules réservés à l'aide médicale urgente (AMS hors quota pour les véhicules de catégorie A). Ils approuvent la convention tripartite SAMU-ATSU-SIS.

Un modèle de convention tripartite (SAMU-ATSU-SIS) sera communiqué ultérieurement aux parties-prenantes.

Il est possible de conclure des conventions bipartites SAMU-SIS et SAMU-ATSU, préalablement à une convention tripartite entre ces mêmes acteurs. Un modèle de convention bipartite SAMU-ATSU est proposé en annexe 5.

III. Consolidation du rôle de l'association départementale de transports sanitaires urgents (ATSU) la plus représentative au plan départemental

Il est rappelé que l'ATSU est soumise à la réglementation générale relative aux associations et notamment :

- Les statuts doivent respecter le principe de libre adhésion ;
- Les obligations budgétaires et financières notamment en matière de certifications comptables et de publicité s'imposent ;
- Le montant des cotisations ou contribution respecte la réglementation en vigueur.

Ainsi, l'agence régionale de santé doit alerter la préfecture[6] et le procureur de la République[7] en cas d'irrégularités constatées.

L'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental précise l'ensemble des missions, obligations, critères et procédures de sa désignation (JORF n°0100 du 29 avril 2022).

1. Missions de l'ATSU désignée la plus représentative dans un département

L'ATSU désignée comme la plus représentative dans un département est chargée de l'organisation opérationnelle du service de garde et des transports sanitaires urgents des entreprises de transport sanitaire privées sur demande du SAMU. Elle joue un rôle d'intermédiaire entre les pouvoirs publics et les entreprises de transport sanitaire sur ces sujets.
Elle est chargée :

- D'un rôle de représentation institutionnelle : siège au CODAMUPS-TS ainsi qu'au sous-comité des transports sanitaires, interlocuteur privilégié des partenaires (ARS, CPAM, SAMU, SIS) pour l'organisation de la garde et des demandes de transports sanitaires urgents ainsi que pour les situations sanitaires exceptionnelles ;

- De l'organisation de la garde et de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents : proposition du tableau de garde sur la base des critères de répartition définis collectivement avec les entreprises, aide à la recherche d'une entreprise remplaçante en cas de défaillance pour assurer une garde, organisation du volontariat des entreprises pour les transports sanitaires urgents hors garde, éventuelle définition en lien avec le SAMU et le coordonnateur ambulancier des conditions d'utilisation des logiciels mobilisés pour les TSU, participation au financement des logiciels ;

[6] La préfecture est l'autorité compétente en matière de réglementation applicable aux associations.
[7] Article 40 du code de procédure pénale

- Du suivi de l'activité et du bon fonctionnement des transports sanitaires urgents des entreprises de transport sanitaire sur demande du SAMU : suivi et analyse des données d'activité transmises par le coordonnateur ambulancier, participation à l'évaluation de l'organisation et des pratiques mises en place, sensibilisation des entreprises sur leurs obligations relatives à la garde et aux transports sanitaires urgents, concertation et alerte et en cas de dysfonctionnement constaté dans les pratiques ou dans l'organisation ;

- De l'impulsion et du pilotage d'une démarche qualité de la participation des entreprises de transports sanitaires au transport sanitaire urgent : définition et proposition d'un plan de formation continue collectif en lien avec le SAMU, sensibilisation des entreprises aux formations proposées, participation à l'identification des événements indésirables, à leur analyse et aux plans d'action mis en place en conséquence ;

- Du recrutement du coordonnateur ambulancier : si le choix est fait au niveau local et que celui-ci dépend de l'ATSU, une convention de participation au financement peut être mise en place entre l'ATSU et l'ARS.

2. Modalités de désignation et obligations de l'ATSU la plus représentative

La procédure de désignation est détaillée dans l'arrêté du 26 avril 2022 relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental précise l'ensemble des missions, obligations, critères et procédures de sa désignation (JORF n°0100 du 29 avril 2022).

En cas d'absence de candidature, l'ARS exerce les missions dévolues à l'ATSU dans la mesure de ses moyens, en priorisant l'établissement du tableau de garde.

Chaque ATSU souhaitant se porter candidate pour être la plus représentative au niveau départemental, dépose un dossier auprès de la délégation départementale ou de l'agence régionale de santé, selon les modalités précisées dans la communication liée à l'ouverture de la campagne de candidatures. L'agence régionale de santé accuse réception de chaque candidature[8] et sollicite les pièces complémentaires en cas de dossier incomplet.

Le dossier réunit l'ensemble des pièces nécessaires au respect des critères de représentativité :

- Neutralité politique et syndicale : l'objet de l'association mentionné dans les statuts ne comprend pas la promotion d'idées ni d'intérêts syndicaux ou politiques.

- Ancienneté et existence juridique : l'association fournit le dernier récépissé de l'autorité compétente[9], indiquant la date de création de l'association. En cas de doute, l'ARS peut solliciter la préfecture en vue d'une vérification de la pièce transmise.

- Nombre d'entreprises adhérentes et nombre d'ambulances par entreprise : l'association peut fournir la liste des entreprises adhérentes si celles-ci en acceptent la diffusion. A défaut, l'association présente toute pièce justifiant le nombre d'adhérents et leur localisation et le nombre d'ambulances détenues par chaque entreprise. Sans éléments démontrant le respect de ce critère, le dossier de candidature est incomplet.

- Projet sur l'organisation des transports sanitaires urgents : tout élément permettant de corréler la réalisation de ce projet en lien avec le SAMU territorialement compétent peut être accepté (courriel, co-signature du projet, courrier, etc.)

[8] Articles L.110-1 et suivants du code des relations entre le public et l'administration

[9] La préfecture délivre le récépissé mentionné, sauf en Alsace-Moselle où la compétence est attribuée au maire.

Ces critères sont cumulatifs et sont appréciés au moment de la désignation.
L'association candidate peut transmettre toute pièce complémentaire en cours de procédure. Cependant, pour ne pas retarder la désignation de l'association, il appartient à chaque candidat de faire preuve de diligence dans la communication des pièces justificatives.

L'ATSU respecte les obligations prévues dans la réglementation générale et dans l'arrêté susmentionné.

Elle est notamment tenue de prendre en compte l'ensemble des demandes de participation au service de garde des entreprises volontaires, que ces dernières soient adhérentes ou non à l'association, pour l'établissement des tableaux de garde.

Pour fluidifier les échanges entre l'ATSU et les entreprises participant à la garde, qu'elles soient adhérentes ou non, des modalités contractuelles[10] peuvent être prévues entre elles.

IV. Nouveaux principes d'organisation de la garde ambulancière

La réorganisation de la garde vise à optimiser la réponse des entreprises de transports sanitaires aux demandes du SAMU en repositionnant les moyens de garde aux périodes et dans les territoires où l'activité est significative, de sorte à limiter les carences ambulancières.

1. Définition des secteurs de garde

Dans **une logique d'optimisation du périmètre d'intervention** des ambulances, les ARS poursuivent un travail sur les secteurs de garde actuels et les modifient chaque fois que nécessaire en respectant les paramètres suivants :

- L'objectif d'une intervention[11] de l'ambulance de garde en réponse à une demande du SAMU, dans un délai de trente minutes afin de réduire les temps d'accès aux établissements de santé ;
- L'agrandissement des secteurs peu denses, de faible taille et/ou à faible activité ;
- L'adaptation aux nouvelles organisations de l'offre de soins et de l'activité sur le territoire.

Le découpage des secteurs peut varier selon la période considérée. Ainsi, les ARS peuvent moduler la taille des secteurs en fonction des horaires du jour et de la nuit, ou en fonction de la saison. En particulier, la nuit, des secteurs plus grands peuvent être définis afin d'assurer la présence d'au moins une ambulance de garde dans le territoire. Des secteurs plus petits peuvent également être définis en période d'affluence touristique, pour assurer une adéquation avec la plus forte activité, tout en maintenant un maillage moins resserré pendant les mois de moindre activité.

Compte tenu de la logique d'optimisation du périmètre d'intervention des ambulances, les travaux portant sur une éventuelle resectorisation ne peuvent aboutir à une augmentation du nombre de secteurs intégré dans la version V3.1.7 –FEV2022 du simulateur (hors variations saisonnières correspondant à un accroissement temporaire d'activité).

Par principe, un secteur de garde est départemental mais peut, par exception, être interdépartemental. En effet, il est possible de définir des secteurs s'étendant sur plusieurs départements au sein d'une même région. La discussion inter-régionale peut exister pour des cas particuliers répondant aux territoires de santé. Dans ce cas, il s'agira de définir dans le cahier des charges les modalités opérationnelles de sollicitation des entreprises rattachées à ce secteur, entre les départements concernés et les ATSU compétentes pour intégrer ces secteurs dans le tableau de garde. Il est recommandé d'identifier clairement un département de rattachement notamment pour le calcul du revenu minimal garanti : seul le SAMU qui en dépend aura ainsi la possibilité de solliciter les entreprises concernées. La mise en place de

[10] « *Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise. Elles doivent être exécutées de bonne foi.* » - Article 1134 du code civil
[11] Ce temps est apprécié entre la demande de transport sanitaire urgent du SAMU et l'arrivée sur le lieu d'intervention.

secteurs interdépartementaux n'impacte pas le champ de représentativité de l'ATSU qui demeure lié aux frontières départementales.

Chaque resectorisation fait l'objet d'un arrêté modificatif du cahier des charges départemental prévu à l'article R.6312-19 du code de la santé publique.

2. *Définition des horaires et moyens de garde par secteur*

Le dispositif de garde est désormais possible sur l'ensemble des plages horaires mais peut être modulé selon les besoins de la population et les spécificités locales[12].
Les ARS définissent les périodes de garde et les moyens dédiés à la garde par secteur.

L'outil de simulation[13] mis à leur disposition permet d'aider à la détermination du nombre d'ambulances postées par secteur et par créneau horaire, selon le principe des seuils détaillés à l'annexe 2.

Toutefois, des adaptations à ces seuils sont possibles pour les différents secteurs. La mise en place des moyens de garde sur un secteur et à un créneau horaire correspondant à un niveau d'activité plus bas que la cible du nombre de besoins par 12h peut être envisagé pour répondre à une problématique locale particulière.
À l'inverse, il peut être pertinent d'augmenter le seuil pour le dimensionnement des moyens de garde là où on trouve le plus facilement des moyens pouvant intervenir hors garde. Les ARS s'appuient également sur les échanges menés avec les acteurs locaux au sein des groupes de travail départementaux afin de déterminer les périodes et moyens de garde pour chaque secteur.

L'ARS dispose donc d'une souplesse pour la répartition des moyens de garde au sein de sa région, en ajustant le cas échéant le nombre d'heures de garde par départements ou secteurs, dans le respect des plafonds régionaux fixés par arrêté[14]. Elle instaure une ligne de conduite pour traiter de façon équitable les territoires et choisir les secteurs dans lesquels mettre en place des moyens de garde.
Ces plafonds sont issus du simulateur, par application du principe des seuils et du niveau de base des seuils.

Afin d'assurer une réponse minimale au SAMU, en sus du respect du plafond régional d'heures de garde, l'organisation de la garde respecte les deux principes suivants :

1) Au moins une ambulance est positionnée dans chaque département à tout moment ;

2) Au moins une ambulance de garde est positionnée dans les secteurs où l'application stricte des seuils aux niveaux d'activité justifie la présence de 2 ambulances, ou plus.

Les plafonds peuvent être réévalués par arrêté ministériel après la première année de mise en œuvre puis tous les deux ans, afin de les adapter à la réalité de l'activité au niveau local et à ses évolutions. Les plafonds d'heures de garde pour les départements et régions ultramarins seront fixés par voie d'arrêté à l'issue de la première année de mise en œuvre de la réforme.

3. *Obligations des entreprises dans le cadre de la garde*

La garde repose désormais sur le volontariat des entreprises de transport sanitaire et la centralisation de la réponse ambulancière auprès de l'ATSU.

[12] Article R.6312-18 du code de la santé publique
[13] Un guide d'utilisation du simulateur national est disponible et a été transmis lors de l'envoi du simulateur.
[14] Arrêté relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R.6312-19 du code de la santé publique

Une entreprise qui est inscrite au tableau de garde d'un secteur est dans l'obligation de réaliser la garde pour laquelle elle est mobilisée. Elle doit ainsi répondre aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU pendant cette période, à moins qu'elle ne soit déjà mobilisée sur un autre transport sanitaire urgent sur demande du SAMU et donc indisponible.

Dans le cas contraire, l'entreprise agréée de transport sanitaire se rend responsable d'une carence ambulancière[15] ou d'une indisponibilité selon les situations. Le montant de l'indisponibilité ou de la carence est déduit du revenu minimal garanti de l'entreprise de garde, selon les modalités fixées par les dispositions conventionnelles en vigueur[16].

En cas de désaccord persistant sur la qualification de carences ambulancières entre le SAMU et le SIS, le cas échéant suite à une conciliation amiable infructueuse, une commission de conciliation paritaire peut être saisie de la situation litigieuse dans les conditions prévues par décret[17].

Il convient de distinguer deux situations :

- Réponse aux transports sanitaires urgents : en cas d'indisponibilité d'entreprises participant à la garde, une liste d'entreprises volontaires pour répondre aux demandes de transport sanitaire du SAMU est établie par l'ATSU et transmise au coordonnateur ambulancier. A défaut, l'ensemble des entreprises agréées doivent répondre aux sollicitations du SAMU, en fonction de leurs moyens matériels et humains, conformément aux obligations prévues dans leur agrément[18].
- Participation à la garde : seules les entreprises inscrites sur le tableau de garde peuvent bénéficient du revenu minimal garanti. Si le tableau de garde n'est pas complet, l'ARS peut imposer la participation de toute entreprise de transports sanitaires dans le secteur de garde concerné, conformément à l'article R.6312-22 du code de la santé publique.

4. Indemnité de substitution dans les secteurs non couverts par une garde

Pour chaque secteur non couvert ou partiellement couvert par une garde, de jour comme de nuit, une indemnité horaire de substitution est désormais versée au service d'incendie et de secours.
Le montant est calculé **sur la base de l'organisation retenue dans le cahier des charges départemental** et pris en charge sur le fond d'intervention régional (FIR)[19], dans le respect des montants alloués à ce titre. L'indemnité est due par période horaire et par secteur non couvert partiellement ou totalement par une garde, indépendamment du nombre de carences ambulancières réalisées durant cette période et du nombre de transports sanitaires urgents réalisés par une entreprise de transports sanitaires. Son versement est dû à compter de la publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé relatif au cahier des charges départemental.

A titre d'exemple, lorsque le cahier des charges départemental acte qu'un secteur départemental est couvert par un service de garde sur une durée de 12 heures, l'indemnité de substitution est due au service d'incendie et de secours pour les 12 heures restantes.
Le tarif applicable étant fixé à 12€ par heure d'immobilisation d'un service d'incendie et de secours susceptible d'intervenir, le coût de l'indemnité de substitution pour cette journée est de 144 €.

Un modèle de convention sera transmis aux acteurs ultérieurement.

Dans ce cadre, l'ARS verse l'indemnité au service d'incendie et de secours identifié.

[15] La carence ambulancière est définie à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.
[16] Arrêté du 26 février 2021 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés
[17] Décret en cours d'élaboration
[18] R.6312-11 à R.6312-13 du code de la santé publique
[19] Les modalités des articles L.1435-8 et R.1435-30 du code de la santé publique s'appliquent.

V. Nouvelles modalités opérationnelles de sollicitation des entreprises de transport sanitaire pour les transports sanitaires urgents

La sollicitation des entreprises de transport sanitaire pour les demandes de transport sanitaire urgent du SAMU est réorganisée afin d'assurer au SAMU la mise à disposition des vecteurs ambulanciers pendant les périodes de garde mais également en dehors de ces périodes et de fluidifier leur mobilisation.

Conformément à l'article L.6312-1 du code de la santé publique et aux dispositions conventionnelles relatives à la prise en charge par l'assurance maladie[20], un transport sanitaire urgent se définit comme un transport réalisé en ambulance d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, en cas d'urgence médicale, effectué à la demande du SAMU – centre 15.

Sont visés ici les transports effectués en vue de l'admission d'un patient dans un établissement de santé à l'exclusion des transports entre deux établissements de santé, que le patient soit hospitalisé ou pas.

1. Mobilisation des ambulances hors garde

En cas d'indisponibilité du vecteur de garde dans un secteur et conformément au cadre réglementaire, le coordonnateur ambulancier doit dans tous les cas solliciter :

- en priorité, les entreprises de transports sanitaires inscrites sur le tableau de garde ;
- en seconde intention, les entreprises volontaires listées par l'ATSU et acceptant d'être sollicitées ;
- à défaut de liste d'entreprises acceptant la sollicitation, toute entreprise agréée de transports sanitaires conformément aux exigences prévues dans leur agrément et au cahier des charges départemental ;
- à titre subsidiaire, le SIS intervenant en carence ambulancière.

Pour faciliter davantage ce recours aux entreprises au-delà du dispositif d'ambulances mises à disposition, les acteurs locaux seront invités à formaliser une organisation, reposant sur un système de volontariat : les entreprises volontaires pour effectuer du transport sanitaire urgent y compris lorsqu'elles ne sont pas de garde, sont invitées à se manifester auprès de l'ATSU. L'ATSU constitue alors une liste d'entreprises à solliciter et définit l'organisation de la sollicitation des entreprises hors garde. Le système d'information ou logiciel de l'ATSU peut intégrer la mise à disposition des moyens volontaires hors garde.
Ce système de volontariat est décrit dans le cahier des charges départemental et organisé par l'ATSU.

2. Mise en place de la géolocalisation des ambulances

Les dispositifs de géolocalisation sont recommandés car ils permettent de remonter la disponibilité, la localisation des véhicules de garde et des véhicules des entreprises volontaires hors garde, dans un système d'information commun afin d'informer en temps réel le coordonnateur ambulancier.

Le système d'information ou logiciel de l'ATSU peut intégrer la disponibilité et la traçabilité des moyens mis à disposition.

3. Généralisation du coordonnateur ambulancier

La coordination ambulancière est assurée en continue et adaptée en fonction de l'activité du département. Un personnel dédié aux missions de coordination ambulancière doit être mis en

[20] Arrêté du 26 février 2021 portant approbation de l'avenant n° 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires privés - Légifrance (legifrance.gouv.fr)

place auprès de chaque SAMU au moins en journée. Cette généralisation doit permettre d'optimiser la coordination opérationnelle entre le SAMU et les ambulanciers dans tous les départements.

Dans les départements ou aux horaires où l'activité de transports sanitaires urgents est trop faible pour justifier la mise en place d'un personnel dédié, les missions de coordination ambulancière peuvent être effectuées :

- Soit par la mutualisation d'un coordonnateur ambulancier organisée par des ATSU, sur la base d'une convention entre elles, afin de regrouper le traitement des demandes de transport sanitaire urgent d'un département à faible activité avec celles d'un autre département voisin ;
- Soit directement par le SAMU territorialement compétent.

Le coordonnateur ambulancier est recruté soit par les entreprises de transports sanitaires via l'ATSU, soit par l'établissement de santé siège de SAMU. Une convention de participation au financement entre l'ARS et l'employeur du coordonnateur ambulancier peut être mise en place.

Le coordonnateur ambulancier :

- Sollicite les entreprises de transport sanitaire de garde et hors garde pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU ;
- Assure le suivi et un recensement exhaustif de l'activité des entreprises de transports sanitaires urgents participant à l'aide médicale urgente, des indisponibilités et des carences ambulancières ;
- Communique l'ensemble de ces données à la CPAM chargée du calcul et versement de la rémunération, à l'ATSU, aux entreprises de transport sanitaire participant à la garde ainsi qu'aux SIS ;
- Se situe géographiquement dans des locaux identifiés par les parties signataires de la convention tripartite SAMU-SIS-ATSU. Ce choix est adapté au contexte local. Pour assurer ses fonctions, le coordonnateur ambulancier dispose de moyens nécessaires et suffisants lui permettant d'assurer un fonctionnement opérationnel efficace.

Un modèle de fiche de poste type du coordonnateur ambulancier est joint au sein du cahier des charges départemental (annexe 6, p.44 à 46).

4. Sollicitation des vecteurs ambulanciers par le coordonnateur ambulancier en réponse aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU

Dans le cadre de ses missions, le coordonnateur ambulancier sollicite les vecteurs ambulanciers selon deux modalités possibles :

- Soit le coordonnateur ambulancier sollicite directement les véhicules mis à disposition par les entreprises de garde et les véhicules mobilisables parmi les entreprises volontaires. Il sollicite lui-même le véhicule de garde ou, à défaut, le véhicule disponible le plus proche du patient ;
- Soit le coordonnateur ambulancier fait toujours appel à l'entreprise et pas à un équipage précis pour effectuer une mission, qu'il s'agisse de l'entreprise de garde ou des entreprises volontaires. L'entreprise ainsi sollicitée déclenche l'intervention d'un véhicule. Quand il sollicite une entreprise hors garde, le coordonnateur peut ainsi solliciter l'entreprise ayant un véhicule disponible le plus proche du patient.

VI. Développement de types d'interventions spécifiques

1. *Pratiques de relais entre sapeurs-pompiers et ambulanciers*

Des relais entre sapeurs-pompiers et équipages ambulanciers peuvent être organisés afin d'éviter des mobilisations trop longues d'équipages sapeurs-pompiers et ainsi, de conserver sur les territoires la garantie d'une réponse urgente de proximité par les services d'incendie et de secours.

Il revient aux acteurs locaux de définir les modalités de déclenchement et d'organisation de ces interventions de relais et leur déroulé opérationnel. La convention locale SAMU-ATSU-SIS, approuvée par le DG ARS et le préfet, traite des modalités de réalisation des pratiques de relais entre SIS et entreprises de transport sanitaire.

Une jonction peut notamment être décidée par le médecin régulateur du SAMU s'il estime que la mission sur laquelle sont intervenus en première intention des sapeurs-pompiers relève des ambulanciers ou dans le cas où l'établissement vers lequel doit être transporté le patient se situe en dehors de la zone d'intervention habituelle du SIS.

Dans la mesure du possible, les principaux lieux où peuvent se dérouler les jonctions doivent être définis en amont, pour assurer une sécurité et une discrétion adaptée pour le patient et ne pas allonger le temps d'intervention.

Une fiche de bonnes pratiques sera communiquée aux acteurs ultérieurement.

2. *Transport sanitaire vers les structures de ville*

Conformément aux engagements pris dans le Pacte de refondation des urgences de septembre 2019, il est désormais prévu que le SAMU puisse organiser un transport vers un lieu de soins du secteur ambulatoire.

La décision d'orientation vers une structure ambulatoire est une décision médicale prise par le médecin régulateur du SAMU après dialogue avec le médecin de la structure de soins de ville. La liste des structures de soins volontaires arrêtée par l'ARS tient compte des conditions d'aménagement, d'organisation et de fonctionnement favorables à l'accueil rapide des patients concernés.

Selon la volonté des acteurs locaux, une convention peut être mise en place pour définir les modalités d'organisation du dispositif. *A minima*, un protocole est établi entre le SAMU et la structure de ville et précise les modalités de réalisation d'un transport vers cette structure dont notamment les modalités de recueil de l'accord du ou des praticiens à recevoir le patient.

Une fiche de bonnes pratiques sur les transports vers les structures de ville est présentée en annexe 3.

VII. Formalisation de l'organisation des transports sanitaires urgents dans un cahier des charges départemental et une convention locale

1. Cahier des charges départemental

Dans chaque département, un cahier des charges fixe le cadre d'organisation de la garde (secteurs, amplitude horaire, etc.) et plus globalement de la réponse des entreprises de transport sanitaire privées aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Il est arrêté par le directeur général de l'ARS, après avis du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS-TS.

Il est établi en concertation avec le SAMU, les entreprises de transport sanitaire représentées par l'association de transport sanitaire d'urgence la plus représentative du département (ATSU), les représentants au CODAMUPS-TS ainsi que le service d'incendie et de secours.

L'ARS respecte le plafond d'heures de garde, fait appliquer le cahier des charges et contrôle sa bonne exécution.

Un modèle-type de cahier des charges départemental est proposé en annexe 4 pour fournir une base de travail aux acteurs chargés de sa rédaction. Il reprend les items obligatoires prévus par l'**article R. 6312-19 du code de la santé publique** mais peut être adapté selon les besoins locaux.

2. *Convention départementale entre les acteurs locaux*

Conformément à l'article R.6312-23-1 du code de la santé publique, une convention tripartite est mise en place dans chaque département entre le SAMU, l'ATSU et le SIS afin de fixer les obligations et modalités de coopération entre ces acteurs. Des conventions bipartites SAMU-ATSU et SAMU-SIS peuvent être conclues pour assurer le fonctionnement de la garde pendant une période transitoire d'un an à compter de l'adoption du cahier des charges départemental.

Approuvée par le directeur général de l'ARS et le préfet de département, la convention reprend les items obligatoires prévus par l'article R. 6312-22-1 du code de la santé publique et peut en prévoir d'autres manière facultative.

Afin de mettre en place une convention tripartite nécessitant un travail de fond commun de l'ensemble des acteurs (SIS, ATSU, SAMU), un modèle de convention sera transmis aux acteurs ultérieurement.

Un modèle de convention bipartite SAMU-ATSU est proposé en annexe 5. Celle-ci est approuvée par le DG-ARS.

VIII. Mise en service d'ambulances exclusivement dédiées à l'aide médicale urgente hors quotas départementaux de véhicules sanitaires

1. *Identifier spécifiquement les ambulances participant exclusivement à l'aide médicale urgente*

Pour assurer une réponse adéquate aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU, des ambulances seront dédiées exclusivement aux transports sanitaires urgents, hors quotas départementaux de véhicules sanitaires[21].Le nombre d'ambulances nécessaires est identifié par le sous-comité des transports sanitaires, conformément à l'article R.6312-36-2 du code de la santé publique.

Ainsi, toute demande d'AMS hors quota déposée à l'ARS ne peut être acceptée si le besoin identifié par le sous-comité des transports sanitaires est atteint. A l'expiration d'un délai de 2 mois à compter de la date de réception du dossier complet, le silence gardé par l'agence régionale de santé vaut décision de rejet.

La réforme précise désormais que seules les ambulances de catégorie A (ASSU) font l'objet d'une AMS hors quota.
Chaque entreprise bénéficiant d'une autorisation de mise en service (AMS) hors quota s'engage à l'utiliser exclusivement pour réaliser des transports sanitaires urgents. Elle s'expose à un retrait de la décision de délivrance de cette AMS si les conditions d'octroi de celles-ci ne sont plus réunies[22].
En complément des documents habituels fournis à l'appui d'une demande d'autorisation de mise en service, un modèle d'attestation sur l'honneur est proposé à l'annexe 6 pour justifier

[21] R.6312-30 et suivants du code de la santé publique
[22] Article L.242-2 du code des relations entre le public et l'administration, R.6312-36-1 du code de la santé publique

de l'utilisation effective des ambulances déjà autorisées pour le demandeur et du respect de l'utilisation exclusive d'une AMS hors quota pour l'AMU.
Si une entreprise souhaite bénéficier d'une AMS pour une ambulance polyvalente, effectuant des transports urgents ou non, sa demande sera instruite selon les modalités habituelles de délivrance d'une autorisation de mise en service comptabilisée dans le quota départemental[15].

Les véhicules de catégorie A (ASSU) peuvent être mobilisés pour la garde et les transports sanitaires urgents. Ils sont les seuls à pouvoir bénéficier d'une AMS hors quota s'ils sont mobilisés exclusivement pour répondre aux demandes de transports sanitaires urgents dans le cadre de l'aide médicale urgente.
Toutefois, les entreprises agréées devant répondre dans tous les cas aux sollicitations du SAMU, peuvent mobiliser une ambulance de catégorie C si celle-ci est équipée comme une ambulance de catégorie A[23].

A l'exception des spécificités prévues dans le décret portant réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires à la garde, les autres dispositions générales relatives aux AMS s'appliquent, qu'elles soient comptabilisées ou non dans le quota départemental et notamment :

- Motifs de refus de transfert d'AMS (R.6312-37 CSP) ;
- Caducité de l'AMS (art. R.6312-39 CSP) ;
- Possibilité de demander un agrément dans un délai défini par l'ARS après l'obtention d'une AMS, à défaut de quoi l'AMS devient caduque (art. R.6312-40 CSP) ;
- Retrait de l'AMS en cas de retrait définitif d'agrément ou en cas d'activité réalisée pendant un retrait temporaire d'agrément (art. R.6312-41 CSP) ;
- Information régulière du CODAMUPS-TS (art. R.6312-43 CSP).

2. *Favoriser la mise en commun des moyens pour assurer la garde par la création de groupement d'intérêt économique.*

Les entreprises peuvent créer un groupement d'intérêt économique (GIE) afin de mettre en commun leurs moyens[24].

L'objectif d'un GIE est de faciliter le développement économique d'entreprises par la mutualisation de ressources, matérielles ou humaines. Dès lors que le GIE remplit les conditions des articles R. 6312-6 à R. 6312-23 du Code de la santé publique et qu'il est possible – au vue du nombre de véhicules déjà en service – de lui délivrer une autorisation de mise en service, il ne peut lui être interdit la délivrance d'une autorisation de mise en service. En effet, le GIE doit disposer d'un agrément, au même titre que ses entreprises membres.

Par ailleurs, le GIE est administré par une assemblée des membres et un ou plusieurs administrateurs. Cette assemblée est composée de l'ensemble des membres. Elle prend ses décisions à l'unanimité, sauf disposition contraire prévue dans le contrat constitutif.

Ainsi, sauf disposition contraire dans le contrat constitutif, la demande d'une autorisation pour la mise en service d'un véhicule se fera après accord de l'ensemble de l'assemblée.

IX. Recueil des données, évaluation et suivi de l'activité

1. *Modalités de recueil et de suivi de l'activité*

- Un système d'information ambulancier est mis en place par l'ATSU ou par le SAMU suivant le choix décidé localement. Il est lié aux dispositifs de géolocalisation présents dans tous les véhicules participant à l'aide médicale urgente. Il est mis à disposition du coordonnateur

[23] Articles R.6312-11 à R.6312-13 du code de la santé publique.
[24] Articles L.251-1 et s. du code de commerce

ambulancier pour réaliser l'ensemble de ses missions. Il permet d'organiser et de suivre l'ensemble de l'activité de transport sanitaire urgent. Il est recommandé que ce système d'information soit interopérable avec celui du SAMU.

- Le cahier des charges départementales définit les modalités de suivi et d'évaluation de l'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents ainsi que les modalités de révision de cette organisation. Les données de suivi sont récoltées au fil des missions par les différents participants, notamment le coordonnateur ambulancier.

- La convention locale précise quant à elle les indicateurs de suivi et d'évaluation de l'organisation, de l'activité et de la qualité mis en place. Les indicateurs de suivi de l'activité sont recueillis par le coordonnateur ambulancier, le SAMU et le SIS et partagés avec les signataires de la convention à échéance régulière.

- Le coordonnateur ambulancier doit assurer la transmission de l'intégralité des informations nécessaires aux CPAM compétentes.

- Un suivi de la qualité est établi et permet de tracer l'ensemble des événements indésirables liés aux transports sanitaires urgents. Des plans d'actions correctrices sont ensuite mis en œuvre. La convention tripartite SAMU-ATSU-SIS définit les modalités de signalement, d'analyse et de traitement conjoint des évènements indésirables liés à la prise en charge des patients.

2. Évaluation de l'activité

Une évaluation régulière de l'activité[25] doit être mise en place :

- Un suivi semestriel par le sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS-TS, avec les organismes locaux d'assurance maladie. Il inclut notamment le suivi de données détaillées sur les transports sanitaires urgents, les indisponibilités et les interventions pour carences ambulancières ;

- Un recensement exhaustif de l'ensemble des missions de transports sanitaires urgentes réalisées par les entreprises de transports sanitaires (appuis logistiques, sorties blanches, relevages, etc.)

- Une évaluation semestrielle effectuée par le CODAMUPS-TS afin d'apprécier l'adéquation du dispositif aux besoins sanitaires de la population et, le cas échéant, de le réviser ;

- La communication par l'ARS d'un bilan annuel par département au ministère chargé de la santé et au ministère chargé de la sécurité civile.

3. Suivi et évaluation de la réforme

- Des comités opérationnels sont instaurés dans chaque département afin de réaliser un suivi de la réforme. Ils réunissent, une fois les nouvelles modalités d'organisation mises en œuvre, les membres des groupes de travail départementaux mis en place pour l'application de la réforme. Ces comités sont donc pilotés par les ARS et regroupent *a minima* les acteurs suivants : préfets, caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), entreprises privées de transport sanitaire (via l'ATSU et les représentants au CODAMUPS-TS), SAMU, SIS. Ces comités organisent des réunions opérationnelles et en réfèrent au CODAMUPS-TS.

[25] R.6312-23-1 du code de la santé publique

- Une évaluation de l'impact de la réforme sur la demande de transports sanitaires urgents, incluant notamment l'évolution des carences et la répartition des missions entre les différents acteurs concourant à l'aide médicale urgente, est réalisée entre 6 et 12 mois après la mise en œuvre. Elle permet le cas échéant un redimensionnement des moyens dédiés.

- Les plafonds régionaux du nombre maximal d'heures de garde pourront être réévalués après la première année de mise en œuvre de la réforme, puis tous les deux ans afin de les adapter à la réalité de l'activité au niveau local. Les plafonds d'heures de garde pour les départements et régions ultramarins seront fixés par voie d'arrêté à l'issue de la première année de mise en œuvre de la réforme (un pré-bilan à 6 mois après mise en œuvre pourra être réalisé).

- Chaque ARS remonte à la DGOS le fichier de resectorisation et les résultats de simulations du scénario régional *in fine* retenu.

  Un comité de suivi national de la réforme est mis en place. Il organise un premier bilan de la réforme fin 2023, une fois que s'appliquent sur l'ensemble des départements les nouvelles modalités d'organisation des transports sanitaires urgents des entreprises de transport sanitaire à la demande du SAMU. Il s'appuie ensuite sur les données de la CNAM afin d'assurer un suivi précis de la mise en œuvre de la réforme.

Pour le ministre et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins par intérim,

Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :

Le Préfet, directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises,

Alain THIRION

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Franck VON LENNEP

Vu au titre du CNP par le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,

Etienne CHAMPION

Annexe 1 : Éléments attendus et calendrier pour l'application de la réforme au niveau local

Les étapes suivantes à mener au niveau local d'ici le 30/06/2022 :

- **Réorganisation de la garde** : redéfinition des **secteurs de garde** et définition des **jours et horaires** où une garde est organisée pour chaque secteur ;
- **Élaboration du cahier des charges départemental (arrêté DG ARS)** ;
- **Elaboration d'un calendrier annuel de travail entre ATSU et ARS, pour la validation du tableau de garde ;**
- **Mise en place par l'ATSU du système de volontariat des entreprises de transport sanitaire** pour la réponse aux demandes de transport sanitaire urgent du SAMU **hors garde ;**
- **Recrutement du coordonnateur ambulancier** pour les départements où il n'est pas déjà en place, en fonction des besoins identifiés.

Les étapes suivantes à finaliser pour le 31/12/2023 :

- **Élaboration de la convention tripartite SAMU-ATSU-SIS** (possibilité d'élaborer des conventions bipartites de manière transitoire avant la convention tripartite) ;
- **Mise en place d'une démarche qualité** partenariale, comprenant notamment des actions sur la **formation continue** des ambulanciers ;
- **Mise en place du système d'information** ambulancier et des **moyens de géolocalisation, le cas échéant ;**
- **Mise en place de la campagne de candidature en prévision d'une désignation de l'ATSU la plus représentative au plan départemental (arrêté DG ARS).**

RÉTROPLANNING INDICATIF

D'aujourd'hui jusqu'au 30/06/2022	Expertises et simulations internes ARS
	Concertation avec l'ensemble des acteurs sur la nouvelle organisation de la garde (secteurs et horaires) et sur les principes d'organisation globaux ayant vocation à figurer dans le cahier des charges départemental
	Elaboration du cahier des charges départemental
D'aujourd'hui à la fin du mandat d'un an de l'ATSU[1]	Désignation de l'ATSU la plus représentative dans le département
D'aujourd'hui au 30/06/2022	Mise en œuvre par l'ATSU des nouvelles modalités de sollicitation des entreprises (tableau de garde, système de volontariat hors garde)
D'aujourd'hui jusqu'au 31/12/2023	Formalisation du cadre de coopération entre acteurs et déploiement du rôle plus global de l'ATSU (conclusion d'une convention tripartite, mise en place des outils de géolocalisation et d'un système d'information ambulancier le cas échéant, démarche de formation)

[1] Voir en ce sens les dispositions transitoires de l'arrêté l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental

Annexe 2 : Calculs des plafonds d'heures de garde

Le principe des seuils sert de base à la définition du positionnement des moyens de garde par période. Il fonctionne de la manière suivante (pour un seuil de valeur X) :

- Dès lors qu'il y a au moins X besoins de missions de transports sanitaires urgents sur demande du SAMU par période de 12h, une ambulance de garde peut être mise en place. Elle permet de réaliser un certain nombre de transport sanitaire urgent, en fonction des caractéristiques du territoire (durée d'intervention en fonction des distances à parcourir, etc.), il peut donc y avoir des interventions à réaliser au-delà des capacités de l'ambulance de garde ;
- On peut ajouter dans ce cas des ambulances supplémentaires, en positionnant autant d'ambulances que nécessaire pour ne jamais dépasser le seuil de X besoins par 12h, au-delà de l'activité que peuvent réaliser les ambulances de garde.

La durée de 12h est uniquement une référence mathématique pour le calcul du besoin par territoire et par moments de la journée. Elle n'impose aucunement d'organiser la garde sur la base de créneaux de 12h. L'outil de simulation intègre trois créneaux possibles (8h-20h, 20h-00h, 00h-8h) mais, s'il semble préférable de ne pas multiplier outre mesure les horaires possibles, l'ARS n'est pas tenue au respect de ces trois seuls types d'horaires de garde.

Les niveaux de base de ce seuil sont les suivants :

	Zone rurale	Zone urbaine[1]
Seuil principal	Une ambulance de garde à chaque fois que le seuil de 1,5 besoins de transport sanitaire urgent (TSU) par 12h est atteint, quel que soit l'horaire et le territoire	1ère ambulance de garde à compter de 1,5 besoins de TSU par 12h, quel que soit l'horaire et le territoire Pour tout moyen supplémentaire de garde : • En journée, en semaine : à compter de 3 besoins TSU • En dehors de cette période, le seuil est à 1,5 besoins/12h
	Zone rurale	Zone urbaine
Seuil dérogatoire	Une ambulance de garde à chaque fois que le seuil de 1 besoin de TSU par 12h est atteint, quel que soit l'horaire et le territoire	1ère ambulance de garde à compter d'1 besoin de TSU par 12h Pour tout moyen supplémentaire de garde : • En journée, en semaine : à compter de 3 besoins de TSU • En dehors de cette période, le seuil est à 1 besoin/12h

Pour bénéficier du seuil dérogatoire, deux critères doivent être réunis :

- Au moins 25 % de la population située à plus de 30 minutes d'une structure d'accueil des urgences ou d'un SMUR dans le département ;

Moins de 40 habitants au kilomètre carré[2].

[1] Une zone est considérée comme urbaine s'il est constaté au moins 2 interventions par tranche de 12h, sur chaque créneau horaire. En-dessous de ce seuil, la zone est dite rurale.

[2] Densité populationnelle - données INSEE

Annexe 3 : Fiche de bonne pratique sur les transports vers des structures de ville

Les carences ambulancières ne sont pas, à ce stade, concernées par les transports vers des structures de ville.

Objectif :

Permettre le transport d'un patient pris en charge par un équipage ambulancier ou de sapeurs-pompiers vers une structure de ville, sur régulation du service d'aide médicale urgente (SAMU), afin d'assurer l'adéquation entre l'état de santé du patient et sa destination : l'offre de soins de ville vers laquelle le patient est orienté est compatible avec son besoin de soins immédiat réel.

Avantages du dispositif :

- Participer au désengorgement des structures d'urgence si l'état du patient le permet ;
- Proposer un transport vers une structure adaptée à l'état du patient ;
- Limiter le temps d'indisponibilité de l'équipage ambulancier en mobilisant une offre de soins en proximité ;
- Participer à l'amélioration du dispositif d'accès aux soins médicaux ;
- Faciliter la coopération ville-hôpital.

La décision d'orientation vers une structure ambulatoire est une **décision médicale prise par le SAMU**, dans l'intérêt du patient, conditionnée à l'absence de perte de chance pour le patient. Les principes d'orientation respectent les textes généraux qui encadrent la médecine d'urgence, les règles de déontologie médicale et les recommandations de la Haute autorité de santé de 2011 sur la régulation.

Recommandations opérationnelles :

1. Lieux de destination possibles au sein du secteur ambulatoire

Pour recevoir un patient dans le cadre des transports sanitaires réalisés par les ambulanciers sur demande du SAMU, la structure de soins de ville doit figurer sur une **liste arrêtée au préalable par le DGARS**. La liste est mise à jour régulièrement par l'ARS et communiquée à chaque CPAM. Elle peut préciser pour chaque structure recensée le type de patient qu'elle peut recevoir en fonction de ses capacités.

L'ARS peut faire figurer sur cette liste **tout type de structure de soins de ville** volontaire pour y participer (cabinet médical de proximité, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, maison médicale de garde, centres de soins non programmés, unités de soins non programmés (USP) etc.), en prenant en compte les **conditions d'aménagement, d'organisation et de fonctionnement**, qui doivent être favorables à l'accueil de ce type de patients, notamment :

- Organisation de l'accueil et des consultations permettant une prise en charge rapide du patient par la structure de ville, **sans attente prolongée** de l'équipage ambulancier. Dès l'installation du patient dans la structure d'accueil, le patient passe sous la responsabilité de la structure. L'équipage ambulancier est alors de nouveau disponible.
- Places de stationnement adaptées aux véhicules de transport sanitaire à proximité immédiate du lieu de soins ;
- Aménagements des locaux permettant le transfert du patient depuis le véhicule jusqu'à l'intérieur de la structure de soins (exemple : matériels adaptés aux personnes à mobilité réduite) ;

2. Types de patients concernés

Les patients concernés par un transport vers une structure de ville sont des **personnes dont le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas engagé**, au vu des informations dont dispose la régulation médicale du SAMU, sauf avis contraire du médecin régulateur. Les patients dont l'état est grave sont transportés vers un établissement disposant d'une structure d'urgence ou de soins critiques, sur régulation du SAMU. Toutefois, dans certains cas spécifiques de gravité, de la même manière qu'avec les médecins correspondants du SAMU, le SAMU peut décider d'orienter le patient vers la structure ambulatoire de proximité dans l'attente d'un SMUR pour permettre l'engagement rapide de la thérapeutique.

De plus, **seuls les patients dont l'état de santé justifie un transport sanitaire en ambulance** peuvent faire l'objet de ce dispositif, qui ne vise en aucun cas l'ensemble des patients orientés par le SAMU vers une prise en charge en ville. Le transport sanitaire reste soumis à prescription médicale et ne doit pas remplacer le transport personnel ou collectif.

Les patients concernés par un transport vers une structure de ville sont des **personnes majeures**.

3. Principes d'organisation du dispositif entre les acteurs

Le dispositif repose sur un dialogue entre le médecin régulateur du SAMU, le médecin de proximité de la structure de soins de ville et l'équipage ambulancier. L'orientation se fait sur **décision du médecin régulateur, après accord explicite du médecin de proximité, sauf organisation spécifique** formalisée avec une structure prévoyant l'adressage sans validation préalable.

L'accueil au sein d'une structure de soins de ville a lieu pendant les **horaires d'ouverture** de ces structures. En cas d'évolution de ces horaires, la structure de soins en informe le SAMU.

Le suivi médical du patient peut se faire via le **dossier médical partagé** (DMP) ou par un **courrier** remis au patient après la consultation et envoyé à son médecin traitant.

Selon la volonté des acteurs locaux, une **convention** peut être mise en place entre le SAMU, l'association de transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative au sein du département et les structures de soins participant au dispositif, éventuellement par l'intermédiaire de la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), pour définir les modalités d'organisation du dispositif. *A minima*, un **protocole** est établi entre le SAMU et la structure de ville et précise les modalités de réalisation d'un transport vers cette structure dont notamment les modalités de recueil de l'accord du ou des praticiens à recevoir le patient.

4. Protocole de transport d'un patient dans une structure de soins de ville

1) Le médecin régulateur du SAMU peut décider, au vu de la situation du patient, de son transport vers un lieu de soins au sein du secteur ambulatoire. Cette décision peut être prise :
   - Lors de la régulation initiale de l'appel reçu par le SAMU ;
   - Après réception du bilan du patient transmis par l'équipage ambulancier qui est intervenu sur demande du SAMU.

2) Le SAMU établit qu'une prise en charge au sein d'un service d'urgence ou d'un autre service hospitalier n'est pas nécessaire, que l'état du patient est compatible avec une consultation de soins non programmée dans une structure de soins de ville et qu'un transport sanitaire est nécessaire ;

3) Le SAMU s'assure de la disponibilité d'un médecin pour cette consultation au sein de l'une des structures de soins de ville figurant sur la liste établie par l'ARS ;

4) À l'arrivée sur le lieu de soins, selon l'organisation convenue avec la structure, l'équipage ambulancier installe le patient au sein de la structure qui doit disposer du matériel adapté à sa prise en charge et à sa surveillance et s'assure de son accueil. En aucun cas, l'ambulance ne peut servir de salle d'attente et de consultations, excepté pour permettre l'engagement rapide de la thérapeutique ou dans l'attente d'un SMUR ou pour évaluer si la prise en charge par la structure est possible.

5) L'équipage ambulancier quitte la structure de soins après la prise en charge rapide du patient par la structure de ville. Après consultation, si le médecin reconnaît une situation clinique relevant d'une prise en charge en établissement de santé, celui-ci informe le SAMU-Centre 15, qui sollicite à nouveau une ambulance. Cette nouvelle prise en charge fait l'objet d'une nouvelle demande de la part du SAMU.

6) Le patient pris en charge au sein de la structure rejoint son domicile par ses propres moyens. Si un transport sanitaire demeure justifié au regard de l'état du patient et est conforme aux cas prévus par la réglementation, le médecin de la structure de ville peut le prescrire. Cette demande de transport est effectuée directement par la structure de ville auprès des services ambulanciers. En aucun cas, une demande de VSL ou d'ambulance, pour le retour à domicile, ne peut faire l'objet d'une régulation médicale par le CRRA.

Cahier des charges pour l'organisation de la garde et de la réponse à la demande de transports sanitaires urgents dans le département ……

Sommaire

PRÉAMBULE

ARTICLE 1 : PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA GARDE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS ET IMPLICATION DES INTERVENANTS

2.1. Responsabilité des intervenants

2.2. Sanctions en cas de manquement aux obligations

ARTICLE 3 : RÔLE DE L'ATSU

3.1 Organisation de la garde et des transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires

3.2. Suivi de l'activité de transport sanitaire urgent et garant de son bon fonctionnement

3.3. Impulsion et pilotage de la démarche qualité liée à l'activité des transports sanitaires urgents

3.4. Rôle institutionnel

3.5. Employeur du coordonnateur ambulancier [le cas échéant]

ARTICLE 4 : SECTORISATION ET HORAIRES DE LA GARDE

4.1. Les secteurs de garde

4.2. Horaires et secteurs couverts par une garde des entreprises de transports sanitaires et définition du nombre de véhicules affectés à la garde sur chaque secteur

4.3. Indemnité de substitution sur les secteurs sans garde

ARTICLE 5 : ORGANISATION DE LA GARDE

5.1. Affectation des entreprises sur les secteurs

5.2. Élaboration du tableau de garde

5.3. Modification du tableau de garde

5.4. Non-respect du tour de garde

5.5. Définition des locaux de garde [le cas échéant]

ARTICLE 6 : MOYENS EN RENFORT DES MOYENS DE GARDE

ARTICLE 7 : COORDONNATEUR AMBULANCIER

7.1. Horaires, statut et localisation

7.2. Missions

7.3 Moyens de communication et systèmes d'informations

ARTICLE 8 : SOLLICITATION DES MOYENS DE GARDE ET HORS GARDE

8.1. Géolocalisation

8.2. Sollicitation par le coordonnateur ambulancier

8.3. Recours au véhicule de garde d'un autre secteur

8.4. Indisponibilité injustifiée de l'entreprise de garde

8.5. Délais d'intervention

ARTICLE 9 : MOYENS MATÉRIELS DU TRANSPORT SANITAIRE URGENT

9.1. Moyens

9.2. Sécurité sanitaire

9.3. Sécurité routière

ARTICLE 10 : MESURES D'HYGIÈNE ET DE DÉSINFECTION

10.1. Protocoles d'hygiène et de désinfection

10.2. Traçabilité

ARTICLE 11 : ÉQUIPAGE AMBULANCIER

11.1. L'équipage

11.2. Formation continue

ARTICLE 12 : DYSFONCTIONNEMENTS ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

ARTICLE 13 : SUIVI ET ÉVALUATION

ARTICLE 14 : RÉVISION

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET

ANNEXES

Annexe 1 du cahier des charges : Références règlementaires

Annexe 2 du cahier des charges : Lexique

Annexe 3 du cahier des charges : Liste et composition des secteurs de garde

Annexe 4 du cahier des charges : Cartographie des secteurs de garde

Annexe 5 du cahier des charges : Modèle de tableau de garde

Annexe 6 du cahier des charges : Fiche de permutation ou remplacement de garde

Annexe 7 du cahier des charges : Fiche de poste type du coordonnateur ambulancier

Annexe 8 du cahier des charges : Fiche de dysfonctionnement des transports sanitaires urgents

PRÉAMBULE

Le présent cahier des charges fixe les modalités d'organisation de la réponse des entreprises de transport sanitaire aux demandes du service d'aide médicale urgente (SAMU) pour le département …… .

Il définit le cadre applicable aux demandes de transports sanitaires urgents nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient en vue d'un transport vers un établissement de santé ou un lieu de soins du secteur ambulatoire figurant sur la liste établie par l'agence régionale de santé, à l'exclusion de tout transport entre deux établissements de soins. Il s'applique également de transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires en relais d'une intervention du service départemental d'incendie et de secours (SIS).

Le présent cahier des charges est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), après avis du sous-comité des transports sanitaires (SCTS) du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Il a été établi en concertation avec l'association de transport sanitaire d'urgence la plus représentative du département (ATSU), le SAMU, les entreprises de transport sanitaire et le service d'incendie et de secours. L'ARS fait appliquer le cahier des charges et contrôle sa bonne exécution.

ARTICLE 1 : PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA GARDE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES URGENTS

Une garde ambulancière est organisée sur toute partie du territoire départemental et à tout moment de la journée ou de la nuit, où l'activité de transports sanitaires urgents, à la demande du SAMU – Centre 15 justifie la mise en place de moyens dédiés.

Désormais volontaire, la garde est régie par l'article R.6312-18 et suivants du code de la santé publique. Toute entreprise de transports sanitaires privée agréée peut participer à ce dispositif, en fonction de ses moyens matériels (véhicules habilités) et humains (personnels formés).

Les entreprises de transport sanitaire peuvent se regrouper au sein d'un groupement d'intérêt économique pour mettre en commun leurs moyens dans le cadre de la garde. Ce groupement doit être agréé pour l'accomplissement des transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente (article R.6312-22 du CSP) et conforme à la réglementation générale en vigueur[1].

En dehors des périodes de garde, les transports sanitaires urgents sont assurés par les entreprises de transport sanitaire volontaires et disponibles.

Un agrément de l'ARS, ainsi qu'un conventionnement avec l'Assurance maladie en application de la convention-type nationale qui organise les rapports entre les entreprises de transports sanitaires privées et les caisses d'assurance maladie (convention conclue le 26 décembre 2002 et avenants) sont nécessaires pour toute entreprise de transport sanitaire participant à l'aide médicale urgente.

Pendant les périodes de garde et en dehors, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées par le Centre de Réception et de Régulation des appels 15 (CRRA 15) du CH de …… au coordonnateur ambulancier, qui sollicite les entreprises.

[1] Articles L.251-1 et suivants du Code de commerce.

ARTICLE 2 : ENGAGEMENTS ET IMPLICATION DES INTERVENANTS

2.1. Responsabilité des intervenants

Les entreprises de transport sanitaire, lorsqu'elles interviennent dans le cadre de l'aide médicale urgente à la demande du SAMU en application de l'article R.6312-17-1 du CSP, s'engagent à :

- Respecter les délais d'intervention fixés par le SAMU et à informer le coordonnateur ambulancier du départe en mission et de l'achèvement de celle-ci ;
- Transmettre dès que possible au SAMU un bilan clinique du patient ;
- Effectuer les premiers gestes relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient, en cas de demande du SAMU en respectant le cadre réglementaire
- Transporter le patient vers le lieu de soins déterminé par le SAMU et figurant sur la liste arrêtée par le DG-ARS, s'il en fait la demande ;
- Informer le SAMU de toute modification de l'état du patient pendant la mission ;
- Transmettre les informations administratives et cliniques relatives au patient à l'arrivée sur le lieu de soins ;
- Participer le cas échéant, à la réalisation des actes de télémédecine, dans le cadre des compétences de l'équipage et sous la surveillance du médecin régulateur.

Plus spécifiquement, pendant les périodes de garde, les entreprises de transport sanitaire inscrites au tableau de garde s'engagent à effectuer les gardes pour lesquelles elles sont inscrites.

Le SAMU-centre 15 :

- Transmet immédiatement au coordonnateur ambulancier et/ou grâce au système d'information de l'ATSU, toute demande de transport sanitaire urgent d'une entreprise de transport sanitaire, sur décision du médecin régulateur ;
- Sollicite le SIS pour une intervention en carence, lorsque le coordonnateur ambulancier constate le défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires ;
- Reçoit le bilan clinique et indique à l'équipage ambulancier les actions à effectuer en fonction de l'état du patient ;
- Indique le lieu d'adressage/destination.

2.2. Sanctions en cas de manquement aux obligations

Tout manquement aux obligations règlementaires dans le cadre de la garde et du cahier des charges peut faire l'objet d'une décision de retrait, temporaire ou définitive, d'autorisation de mise en service et/ou d'agrément voire de sanctions judiciaires.

Les activités de garde et de transports sanitaires urgents sont soumises aux mêmes règles concernant les véhicules que l'activité de transport sanitaire non spécialisée.

ARTICLE 3 : RÔLE DE L'ATSU

L'ATSU la plus représentative au plan départemental, désignée par arrêté du directeur général de l'ARS selon les critères de représentativité définis par arrêté ministériel est chargée d'organiser opérationnellement la garde, dans le cadre des obligations fixées par le présent cahier des charges, et plus généralement la réponse des ambulanciers privés à l'aide médicale urgente.

L'ATSU …… a été déclarée la plus représentative du département par arrêté (- référence -) du directeur général de l'ARS …… / L'ATSU désignée comme membre du CODAMUPS-TS/SCTS par arrêté (– référence -) du DG ARS dispose d'un mandat temporaire d'1 an

Les missions de l'ATSU la plus représentative du département sont définies par l'arrêté relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental.

3.1 Organisation de la garde et des transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires

- Proposition du tableau de garde en définissant avec les entreprises de transport sanitaire du département des critères de répartition des gardes et en proposant à l'ARS le tableau de garde qui répartit de manière équitable les périodes de garde entre les entreprises volontaires (voir article 5)
- Recherche d'une entreprise remplaçante en cas de défaillance (panne de matériel, empêchement lié au personnel malade) et de difficulté de l'entreprise défaillante à trouver un remplaçant, et information de la modification à l'ARS, le SAMU et la CPAM. En cas de défaillance, la responsabilité de l'ATSU ne peut être engagée qu'en justifiant d'éléments probants de dysfonctionnements internes importants
- Organisation du volontariat pour les transports sanitaires urgents hors garde ou en cas d'indisponibilité de l'entreprise de garde, en constituant une liste d'entreprises volontaires mise à disposition du coordonnateur et tenue à jour et en définissant la procédure de sollicitation des volontaires. La procédure peut être intégrée au logiciel d'information et de géolocalisation.
- Détention et gestion du logiciel d'information et de géolocalisation des véhicules intervenant dans le cadre des transports sanitaires urgents et financement du logiciel

3.2. Suivi de l'activité de transport sanitaire urgent et garant de son bon fonctionnement

- Suivi de l'activité de transport sanitaire urgent, en analysant la base de données établie et transmise chaque semaine par le coordonnateur ambulancier, et participation à l'évaluation de l'organisation mise en place, notamment par le suivi des indicateurs de résultat et en évaluant les pratiques liées aux transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires
- Sensibilisation des entreprises à leurs obligations, intervention auprès des entreprises en cas de dysfonctionnement et alerte de l'ARS, le SAMU, la CPAM et le SIS sur tout dysfonctionnement

3.3. Impulsion et pilotage de la démarche qualité liée à l'activité des transports sanitaires urgents

- Définition d'un plan de formation collectif pour les entreprises participant aux transports sanitaires urgents et suivi de la mise en œuvre des actions de formation continue obligatoires. Les modalités de mise en place de la formation continue sont précisées dans la convention locale SAMU-TS-SIS.
- Participation à l'identification des évènements indésirables liés aux transports sanitaires urgents et information de l'établissement siège du SAMU, qui déclare l'EIG à l'ARS. Organisation ou participation aux retours d'expérience et à la mise en place du plan d'actions correctrices en lien avec les acteurs concernés.

3.4. Rôle institutionnel

- Siège au CODAMUPS-TS et au sous-comité des transports sanitaires
- Représentation des entreprises de transport sanitaire auprès des partenaires dans le cadre de l'aide médicale urgente (ARS, CPAM, SAMU, SIS)
- Participation à la concertation pour l'élaboration du présent cahier des charges et sa révision

- Représentation des entreprises et interlocuteur privilégié du SAMU et des pouvoirs publics en cas de situation sanitaire exceptionnelle

3.5. Employeur du coordonnateur ambulancier [le cas échéant]

[*En fonction de l'organisation locale choisie*] Recrutement, financement et suivi de l'exécution des missions du coordonnateur ambulancier

ARTICLE 4 : SECTORISATION ET HORAIRES DE LA GARDE

4.1. Les secteurs de garde

La délimitation des secteurs de garde tient compte des délais d'intervention, du nombre d'habitants, des contraintes géographiques et de la localisation des établissements de santé, en application de l'article R.6312-18 du CSP. Elle ne peut aboutir à une augmentation du nombre de secteurs de garde existants dans la version V.3.1.7-FEV2022 du simulateur.

La garde ambulancière du département [nom à préciser] fait l'objet d'un découpage en [nombre à préciser] secteurs de garde soit : ***- LISTE -***

La répartition des communes entre les secteurs est annexée au cahier des charges (annexe 3), ainsi que la cartographie des secteurs de garde (annexe 4).

4.2. Horaires et secteurs couverts par une garde des entreprises de transports sanitaires et définition du nombre de véhicules affectés à la garde sur chaque secteur

La définition des secteurs et horaires couverts par une garde est établie notamment en fonction des besoins de transports sanitaires urgents sur chaque territoire et à chaque période de la journée et de la nuit.

Liste des secteurs et horaires :

Secteur	Horaires de garde	Nombre de véhicules affectés

Les horaires de garde et le nombre de véhicules par secteur peuvent être révisés selon les besoins constatés, après avis du sous-comité des transports sanitaires.

4.3. Indemnité de substitution sur les secteurs sans garde

L'indemnité de substitution est régie par l'arrêté fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière.

L'indemnité de substitution est versée au service d'incendie et de secours identifié comme suit : ……

Le nombre de secteurs concernés par l'indemnité de substitution est de [à préciser].

Le nombre d'heures non couvertes par un service de garde est établi à hauteur de [à préciser].

ARTICLE 5 : ORGANISATION DE LA GARDE

5.1. Affectation des entreprises sur les secteurs

Chaque entreprise du département est rattachée à un secteur. L'affectation se fait de manière concertée entre l'ATSU et les entreprises.

La liste d'affectation à jour est mise à disposition du coordonnateur ambulancier par l'ATSU. Tout différent persistant sur la question est porté à la connaissance du sous-comité des transports sanitaires et arbitré par l'ARS en fonction du lieu d'implantation de l'entreprise.

Les principes suivants guident l'affectation des entreprises sur les secteurs :

- Le lieu d'implantation de l'entreprise ;
- Le temps d'intervention auprès des services d'urgences en tenant compte du repère de 30 minutes ;
- Des moyens matériels et humains des entreprises.

L'affectation définit une répartition équilibrée, qui doit permettre d'éviter le surnombre ou le déficit d'un secteur à l'autre.

Dans ce cadre, les entreprises volontaires peuvent établir une convention de fonctionnement avec l'ATSU.

5.2. Élaboration du tableau de garde

Le tableau de garde prévoit l'organisation de la garde pour une période de [durée à préciser] mois dans chaque secteur. Afin de réaliser celui-ci, les entreprises s'engagent à participer aux transports sanitaires urgents pour une durée au moins équivalente.

Il est proposé par l'ATSU la plus représentative au plan départemental et arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS-TS.

Il précise les horaires et jours de garde, l'entreprise affectée pour chaque période de garde (numéro d'agrément et dénomination) et la localisation de l'implantation. Un tableau de garde type figure en annexe 5.

Le tableau de garde est élaboré selon les principes suivants, conformément au cadre établi par les articles R.6312-21 et R.6312-22 du CSP :

- L'association départementale de transport sanitaire d'urgence la plus représentative au plan départemental définit collectivement avec les entreprises du département les critères et la clé de répartition des périodes de garde entre les entreprises, prenant en compte notamment leurs moyens matériels et humains ;
- L'ATSU sollicite l'ensemble des entreprises de transport sanitaire agréées du département, adhérentes et non adhérentes, et propose une répartition des gardes entre les entreprises volontaires ;
- Si le tableau proposé ne couvre pas l'intégralité des secteurs de garde ou des créneaux horaires où une garde est prévue, l'agence régionale de santé peut imposer la participation de toute entreprise de transport sanitaire agréée dans le secteur de garde concerné, en fonction de ses moyens matériels et humains ;
- Le tableau est soumis pour avis au sous-comité de transports sanitaires, puis arrêté par le directeur général de l'ARS trois mois au moins avant sa mise en œuvre ;

- Le tableau de garde arrêté est diffusé par l'ARS à l'ATSU, au SAMU, à la CPAM et au SIS, dans les meilleurs délais. L'ATSU communique le tableau de garde aux entreprises de transport sanitaire du département.

5.3. Modification du tableau de garde

En cas d'indisponibilité d'une entreprise initialement mentionnée dans le tableau de garde (panne de matériel, empêchement lié au personnel malade, etc.), cette entreprise doit le signaler sans délai à l'ATSU en charge du tableau de garde.

L'entreprise de garde défaillante recherche par tout moyen une entreprise pour la remplacer : appel à une société hors secteur volontaire en cas d'indisponibilité des autres entreprises au sein du secteur, etc. A défaut de solution alternative, l'entreprise de garde défaillante indique à l'ATSU les entreprises contactées et les moyens mis en œuvre.

L'ATSU peut appuyer ou accompagner l'entreprise qui justifie que sa recherche est infructueuse.

En cas de permutation de garde, l'ATSU avertit le plus rapidement possible le SAMU, l'ARS et la CPAM du remplacement. La fiche de permutation de garde complétée (annexe 6) doit leur être transmise, accompagné du nouveau tableau de garde.

5.4. Non-respect du tour de garde

Dans le cas où l'entreprise n'a pu être remplacée et le tableau de garde modifié (voir en ce sens « 5.3 Modification du tableau de garde »), le tour de garde n'est pas assuré et l'entreprise est déclarée responsable du dysfonctionnement et considérée comme défaillante. L'information est transmise à l'ARS et à la CPAM.
L'entreprise, sauf cas de force majeure, s'expose à des sanctions en application de l'article R. 6314-5 du code de la santé publique.

5.5. Définition des locaux de garde [le cas échéant]

Des locaux de garde sont prédéfinis pour chaque secteur. Ils peuvent être organisés :
- Au sein d'une entreprise de transports sanitaires ;
- Au sein d'un local mis à disposition par l'ATSU ;
- Au sein d'un local mis à disposition par un tiers : établissement public, centre hospitalier, etc.

La mutualisation par plusieurs entreprises est possible.

La définition des locaux de garde doit prendre en compte l'homogénéité des délais d'intervention sur le territoire.

- *Règles d'organisation des locaux de garde*

La réglementation en vigueur n'impose pas de prévoir des locaux communs de garde. Toutefois, la convention tripartite peut intégrer ces items.

- Eventuel hébergement des ambulanciers de jour comme de nuit, dans des conditions répondant au code du travail ;
- Mise à disposition de moyens de communication en téléphone fixe et/ou mobiles nécessaires à la réception des appels du SAMU et du coordonnateur ambulancier ainsi que du logiciel adapté.

Les locaux de garde sont exclusivement dédiés à l'activité professionnelle.

- *Définition des lieux de garde pour chaque secteur*

- Secteur …… :

- Secteur …… :

ARTICLE 6 : MOYENS EN RENFORT DES MOYENS DE GARDE

En complément des moyens mis à disposition dans le cadre du tableau de garde, l'ATSU constitue une liste d'entreprises grâce notamment au système d'information logiciel, qui se sont déclarées volontaires pour effectuer des transports sanitaires urgents, à solliciter en cas d'indisponibilité ou d'absence des moyens de garde. Cette mobilisation des ambulances hors garde est facilitée par l'action du coordonnateur ambulancier et la mobilisation des informations de géolocalisation des véhicules.

L'ATSU transmet la liste au coordonnateur ambulancier sans délai en cas de mise à jour.

L'ATSU définit collectivement avec les entreprises du département le mode de sollicitation de ces entreprises volontaires, qui s'appuie notamment sur la géolocalisation des véhicules.

En dehors du dispositif de garde, les entreprises n'ont pas d'obligation de répondre favorablement à une demande de transport sanitaire urgent du SAMU. Toutefois, le coordonnateur ambulancier devra dans tous les cas solliciter en premier lieu les entreprises de transports sanitaires avant de faire état de leur indisponibilité auprès du SAMU, qui pourra faire appel au SIS en carence.

ARTICLE 7 : COORDONNATEUR AMBULANCIER

7.1. Horaires, statut et localisation

Dans le département ……, un coordonnateur ambulancier est mis en place les jours …… de … heures à … heures. Il est situé dans les locaux du SAMU / placé en lien avec le SAMU grâce au partage d'un outil informatique.

Il est recruté par l'ATSU / l'établissement siège du SAMU et placé sous l'autorité hiérarchique de son employeur. Le coordonnateur ambulancier est sous l'autorité fonctionnelle du médecin régulateur du SAMU pour ses missions liées à l'engagement opérationnel des véhicules sur demande du SAMU.

7.2. Missions

Le coordonnateur ambulancier a pour mission de solliciter les entreprises de transport sanitaire en réponse aux demandes de transports sanitaires urgents du SAMU. Il met en œuvre la décision du médecin régulateur d'engager en priorité un moyen ambulancier en garde ou en cas d'indisponibilité un moyen hors garde, dans les délais fixés par celui-ci. Il assure le suivi de l'activité des transports sanitaires urgents et de l'indisponibilité des entreprises de transports sanitaires, y compris les indisponibilités injustifiées.

Missions pour faire diminuer le nombre de carences ambulancières :

- Avoir une visibilité permanente de la disponibilité des ambulances de garde ou hors garde en prenant en compte les délais d'intervention et les moyens techniques et humains disponibles ;
- S'appuyer sur la géolocalisation pour mobiliser les ambulances sur demande du SAMU :
    - En priorité les moyens ambulanciers de garde ;
    - En complément, les moyens ambulanciers hors garde ;

- Faire état sans délai au SAMU des indisponibilités ambulancières. Dans les cas où il s'avère impossible de répondre en temps et en qualité à la demande du SAMU, après une recherche infructueuse auprès de deux entreprises différentes au moins, le coordonnateur ambulancier constate le défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires permettant au SAMU de solliciter les moyens du SIS et de qualifier la carence ambulancière ;
- Organiser le cas échéant la jonction entre le SIS et les entreprises de transports sanitaires, en lien avec le SAMU. La procédure de jonction est précisée dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.

Missions pour assurer la traçabilité et effectuer un suivi de l'activité des ambulanciers et de la qualité :

- Assurer le recueil d'activité, une transmission hebdomadaire à l'ATSU et à la CPAM, une restitution et une synthèse mensuelle au CODAMUPS-TS pour le suivi d'activité. L'activité que doit recueillir le coordonnateur ambulancier et les indicateurs de suivi et d'évaluation mis en place sont précisés dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.
- Recenser les incidents ainsi que les évènements indésirables liés aux transports sanitaires urgents, permettant la mise en place de plans d'actions correctives. Ce recensement peut être dématérialisé.

Une fiche de poste type du coordonnateur ambulancier est annexée au présent cahier des charges (annexe 7).

7.3 Moyens de communication et systèmes d'informations

Les moyens de communication entre le SAMU et le coordonnateur doivent permettre :

- Le contact direct (téléphone, tablette, système d'information ambulancier, etc.) ;
- La confirmation en temps réel de la bonne réception et de l'acceptation de la mission et de ses statuts d'avancement ;
- La traçabilité de l'activité
- Le journal des EIG.

Par le biais du système d'information du SAMU, le coordonnateur reçoit l'ensemble des informations nécessaires à une mission : identification du patient, lieu d'intervention, motifs d'intervention, etc.

Le coordonnateur ambulancier bénéficie d'un système d'information commun avec les entreprises de transport sanitaire et d'une ligne téléphonique dédiée. Dans la mesure du possible, ce SI est interopérable avec le SI du SAMU. L'outil permet de récolter l'exhaustivité de l'activité de transport sanitaire urgent. Le système d'informations permet au coordonnateur ambulancier de :

- Visualiser en temps réel la disponibilité ambulancière sur tout le territoire et de confirmer au SAMU l'immédiateté du départ du vecteur ambulancier et le temps estimé d'arrivée sur les lieux ;
- Déclencher instantanément le vecteur adapté et lui transmettre les données reçues par le SAMU, issues du SI du SAMU ;
- Tracer les états d'avancement de la mission ;
- Tracer les éléments nécessaires à la rémunération ;
- Établir les statistiques mensuelles et annuelles définies.

Le coordonnateur ambulancier transmet à la CPAM les éléments nécessaires au calcul de la garantie de revenu chaque semaine.

ARTICLE 8 : SOLLICITATION DES MOYENS DE GARDE ET HORS GARDE

8.1. Géolocalisation

Il est recommandé que les véhicules de transports sanitaires participant au transport sanitaire urgent soient équipés d'un dispositif de géolocalisation permettant la remontée d'informations dans le cadre de cette activité, afin de repérer les véhicules disponibles pour réaliser un transport sanitaire urgent, lorsqu'ils sont de garde ou hors garde et qu'ils sont volontaires.

8.2. Sollicitation par le coordonnateur ambulancier

Pour chaque demande de transport sanitaire urgent du SAMU relevant des entreprises de transports sanitaires, le coordonnateur ambulancier :

1) Sollicite en premier lieu l'entreprise ou le véhicule qui est de garde, pour les territoires et horaires où une garde est organisée ;
2) Sollicite à défaut les entreprises volontaires listées par l'ATSU pour participer à la garde en remplacement ou permutation de l'entreprise de garde, pour les territoires et périodes sans garde ou lorsque le ou les véhicules inscrits au tableau de garde ne peuvent pas effectuer le transport sanitaire urgent ;
3) Sollicite à défaut les entreprises volontaires listées par l'ATSU pour être sollicitées occasionnellement pendant la garde, pour les territoires et périodes sans garde ou lorsque le ou les véhicules inscrits au tableau de garde ne peuvent pas effectuer le transport sanitaire urgent;
4) Indique l'indisponibilité des entreprises de transports sanitaires après avoir sollicité sans succès au moins deux entreprises, en plus de l'entreprise de garde. Le SAMU pourra décider de déclencher une carence ambulancière et solliciter les sapeurs-pompiers.

[Paragraphe à adapter selon le choix au niveau du département et à mentionner dans la convention]

Le coordonnateur ambulancier gère directement les véhicules mis à disposition par les entreprises de garde et les véhicules mobilisables parmi les entreprises volontaires. Il sollicite lui-même le véhicule de garde ou, à défaut, le véhicule disponible le plus proche du patient.

OU

Le coordonnateur ambulancier fait appel à l'entreprise pour effectuer une mission, qu'il s'agisse de l'entreprise de garde ou des entreprises volontaires. L'entreprise sollicitée déclenche l'intervention d'un véhicule.

Le déroulé opérationnel précis de la sollicitation et des interventions est décrit dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.

8.3. Recours au véhicule de garde d'un autre secteur

Pour les transports sanitaires urgents demandés par le SAMU pendant la garde, le coordonnateur ambulancier sollicite en premier lieu l'entreprise de garde sur le secteur géographique du lieu d'intervention.

Lorsque l'ambulance de garde du secteur est déjà mobilisée, le coordonnateur ambulancier fait appel à une autre entreprise de transport sanitaire volontaire ou à une ambulance de garde dans les secteurs proches, dans les délais compatibles avec l'état du patient.

En cas d'indisponibilité des entreprises sollicitées, il appartient au SAMU de décider de solliciter une intervention des sapeurs-pompiers en carence, conformément à la définition de la carence ambulancière mentionnée à l'article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales.

8.4. Indisponibilité injustifiée de l'entreprise de garde

L'entreprise de garde ne peut refuser une demande de transport sanitaire urgent de la part du SAMU si elle n'est pas indisponible en raison d'une intervention dans le cadre de sa garde. En cas de refus ou d'absence de réponse, l'entreprise est responsable de son indisponibilité injustifiée qui est déduite du revenu minimum garanti selon les modalités fixées par l'avenant n°10 de la convention nationale des transports sanitaires privés.

8.5. Délais d'intervention

Les délais indiqués par le SAMU sont des délais d'arrivée auprès du patient, compatibles avec un départ immédiat, ou différé après concertation.

Le non-respect des délais peut faire l'objet d'un signalement du SAMU à l'ARS et de sanctions.

ARTICLE 9 : MOYENS MATÉRIELS DU TRANSPORT SANITAIRE URGENT

9.1. Moyens

La réponse à l'aide médicale urgente dans le cadre de la garde, s'effectue avec des véhicules de catégorie A ou des ambulances de catégorie C équipées en catégorie A. L'équipement de chaque véhicule est conforme à la réglementation en vigueur.
Le ou les moyens dédiés par l'entreprise inscrite au tableau de garde sont utilisés exclusivement à la demande du SAMU dans le cadre des transports sanitaires urgents. Ils ne peuvent être utilisés pour des transports sanitaires programmés pendant la période de garde qu'ils assurent. Les véhicules de catégorie A bénéficiant d'une AMS hors quota ne peuvent être utilisés pour d'autres transports que les transports sanitaires urgents.

Les véhicules disposent d'un équipement de communication permettant d'assurer le lien avec le médecin régulateur et le coordonnateur ambulancier. Les véhicules peuvent être équipés d'un dispositif de géolocalisation.

Les entreprises participant à la garde sont signalées par le marquage conformes à la réglementation en vigueur.

9.2. Sécurité sanitaire

Avant chaque prise de poste, l'équipage vérifie :

- La conformité du matériel électrique ;
- La présence du matériel embarqué sanitaire ;
- Le respect du protocole de désinfection mentionné à l'article 10.

9.3. Sécurité routière

L'équipage contrôle :

- Le bon état de marche de l'ambulance ;
- Les organes de sécurité ;

- La présence de l'équipement adapté et nécessaire pour des transports sanitaires urgents en tous lieux et en tout temps.

Chaque entreprise devra mettre en œuvre une procédure de suivi des véhicules en conformité avec la réglementation en vigueur :

- Le contrôle technique ;
- Les entretiens périodiques.

ARTICLE 10 : MESURES D'HYGIÈNE ET DE DÉSINFECTION

10.1. Protocoles d'hygiène et de désinfection

Face aux risques auxquels sont exposés tant le malade que le personnel intervenant, il est convenu de mettre en place différents protocoles de nettoyage et de désinfection :

- Protocole de fin de service (FDS) ;
- Protocole entre chaque patient ;
- Protocole périodique NID (Nettoyage Inventaire Désinfection) ;
- Protocole pour les maladies à déclaration obligatoire (MDO) ou virus.

Le service d'urgence de l'établissement de soins de destination met à disposition les produits et matériels nécessaires pour une désinfection sur place.

10.2. Traçabilité

Les entreprises de transport sanitaire doivent pouvoir justifier à tout moment du suivi des protocoles. Les fiches de suivi de nettoyage, inventaire et désinfection sont archivées au sein de l'entreprise pour la traçabilité et peuvent être dématérialisées.

ARTICLE 11 : ÉQUIPAGE AMBULANCIER

11.1. L'équipage

En application des articles R.6312-7 et R. 6312-10 du CSP, deux personnels constituent l'équipage ambulancier dont l'un est titulaire du diplôme d'État d'ambulancier.

Les membres de l'équipage sont tenus de porter une tenue professionnelle conforme à la règlementation.
Tout membre de l'équipage ne peut effectuer que les gestes pour lesquels il est habilité et autorisé à pratiquer.

11.2. Formation continue

La formation continue est organisée annuellement. Le recyclage de la formation aux gestes et soins d'urgence (AFGSU) est fortement recommandée pour tous les personnels ambulanciers intervenant pour l'aide médicale urgente.

La convention locale SAMU-ATSU-SIS précise les actions de formation continue pour le maintien et la mise à jour des compétences des personnels des entreprises de transport sanitaire.

L'employeur s'assure de la participation des personnels aux actions de formation continue. Le respect de cette obligation est assuré par l'ATSU et contrôlé par l'ARS.

ARTICLE 12 : DYSFONCTIONNEMENTS ET ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Tout dysfonctionnement constaté ou événement indésirable survenu dans l'organisation ou dans les pratiques durant la garde ou durant les transports sanitaires urgents est signalé immédiatement à l'ARS au moyen de la fiche détaillée à l'annexe 8 et aux partenaires de l'aide médicale urgente concernés, par le SAMU, le SIS, l'entreprise de transport sanitaire ou l'ATSU.

Une fiche de remontée des dysfonctionnements (annexe 8) est transmise à l'ARS à l'adresse suivante : ……

Ces dysfonctionnements et événements indésirables peuvent faire l'objet d'une investigation de l'ARS ou d'une analyse en sous-comité des transports sanitaires. La convention locale SAMU-ATSU-SIS détaille les modalités de traitement conjoint des événements indésirables et d'établissement d'un plan d'actions correctives.

ARTICLE 13 : SUIVI ET ÉVALUATION

Les données de suivi sont récoltées au fil de l'activité des transports sanitaires urgents par les différents participants à l'aide médicale urgente, notamment le coordonnateur ambulancier. Les indicateurs nationaux de suivi et d'évaluation sont complétés par des indicateurs définis localement. Le liste des indicateurs nationaux et locaux figure dans la convention locale SAMU-ATSU-SIS.

L'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents fait l'objet d'un suivi semestriel par le sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS, qui y associe les organismes locaux d'assurance maladie. Il inclut notamment le suivi de données sur l'activité des transports sanitaires urgents et des indisponibilités ambulancières.

L'évaluation de ces activités est réalisée chaque année, à l'appui des données récoltées, dans le cadre du sous-comité des transports sanitaires du CODAMUPS, pour apprécier l'adéquation du dispositif aux besoins du territoire et le réviser le cas échéant.

L'agence régionale de santé communique le bilan départemental annuel au ministère chargé de la santé et au ministère chargé de la sécurité civile.

ARTICLE 14 : RÉVISION

Le cahier des charges peut être révisé par avenant, notamment en cas de modifications d'ordre législatif, réglementaire ou conventionnel ou à l'issue de l'évaluation annuelle réalisée dans le cadre du CODAMUPS. Cet avenant est arrêté par le directeur général de l'ARS dans les mêmes conditions que le cahier des charges.

Le cas échéant, l'ATSU, le SAMU, le SIS et l'ARS s'engagent à se réunir pour proposer une adaptation du cahier des charges aux modifications intervenues.

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET

Le présent cahier des charges prend effet au lendemain de sa publication au recueil des actes administratifs de la préfecture du département …… et s'appliquera à toutes les entreprises de transport sanitaire agréées pour le département ……

ANNEXES

Annexe 1 du cahier des charges : Références règlementaires

L'organisation de la garde et des transports sanitaires urgents s'effectue dans le respect des obligations légales, réglementaires et conventionnelles, notamment celles énoncées ci-après :

- Code de la santé publique :
  Partie législative : Articles L6311-1 à L6311-2, L6312-1 à L6312-5, L6313-1, L6314-1 ;
  Partie règlementaire : Articles R6311-1 à R6311-5, R6312-1 à R6312-43, R6313-1 à R6313-8, R6314-1 à R6314-6, R. 6311-17.-I ;
- Code général des collectivités territoriales : L.1424-2 et L.1424-42 ;
- Code de la route : Articles R311-1, R313-33 à R313-35, R432-1 à R432-3 ;
- L'arrêté relatif aux critères, aux modalités de désignation ainsi qu'aux obligations et missions de l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;
- Arrêté relatif aux plafonds d'heures de garde pour l'organisation de la garde prévue à l'article R.6312-19 du code de la santé publique
- Arrêté fixant le montant et les modalités de versement de l'indemnité de substitution pour l'adaptation de la couverture opérationnelle d'un service d'incendie et de secours sur un secteur non couvert par une garde ambulancière
- L'arrêté ministériel du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation du secours à la personne et à l'aide médicale urgente ;
- L'arrêté ministériel du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transports sanitaires portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- L'arrêté du 12 décembre 2017 fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres ;
- La convention nationale du 26 décembre 2002 destinée à organiser les rapports entre les transporteurs privés et les caisses d'assurance maladie, ses annexes et ses dix avenants ;
- La circulaire DHOS/2009 n° 192 du 14 octobre 2009 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente et de l'arrêté du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- L'instruction interministérielle N° DGOS/R2/DSS/DGSCGC/2022/144 du 13 mai 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des transports sanitaires urgents et de la participation des entreprises de transports sanitaires au service de garde

zz

Annexe 2 du cahier des charges : Lexique

Transport sanitaire urgent : Transport réalisé par un transporteur sanitaire à la demande du SAMU - centre 15, en vue de l'admission d'un patient dans un établissement de santé, à l'exclusion des transports entre deux établissements de santé, que le patient soit hospitalisé ou pas. Le transport sanitaire urgent est obligatoirement assuré par une ambulance.

Intervention non suivie de transport (« sortie blanche ») : Transport sanitaire urgent pour lequel le transport du patient n'est pas réalisé pour diverses raisons mentionnées à l'article R. 6312-17-1 du CSP.

Garde/service de garde: Organisation d'une permanence ambulancière sur toute partie du territoire départemental ou interdépartemental, à tout moment de la journée ou de la nuit où l'activité des entreprises de transports sanitaires à la demande du service d'aide médicale urgente justifie la mise en place de moyens dédiés. La garde se traduit opérationnellement par la mise en œuvre du tableau de garde.

Moyen complémentaire : Ambulance agréée de catégorie A, ou catégorie C équipée en catégorie A qui peut être déclenchée par le coordonnateur ambulancier en cas d'indisponibilité de l'entreprise de garde ou en dehors des périodes de garde.

Annexe 3 du cahier des charges : Liste et composition des secteurs de garde

Secteur ……

Code postal	Ville	Code Insee

Secteur ……

Code postal	Ville	Code Insee

Secteur ……

Code postal	Ville	Code Insee

Secteur ……

Code postal	Ville	Code Insee

Annexe 4 du cahier des charges : Cartographie des secteurs de garde

CARTE

Annexe 5 du cahier des charges : Modèle de tableau de garde

Tableau de garde

ATSU :

MOIS DE :

SECTEUR :

Date	Période	Nom entreprise	N° d'agrément	Localisation de la garde	Nombre de véhicules mis à disposition
Lundi 4 janvier	… h - … h				
Lundi 4 janvier	… h - … h				
Lundi 4 janvier	… h - … h				
Lundi 4 janvier	… h - … h				
Mardi 5 janvier	… h - … h				
Mardi 5 janvier	… h - … h				
Mardi 5 janvier	… h - … h				
Mardi 5 janvier	… h - … h				
Mercredi 6 janvier	… h - … h				
Mercredi 6 janvier	… h - … h				
Mercredi 6 janvier	… h - … h				
Mercredi 6 janvier	… h - … h				

Une liste des sociétés et de leurs coordonnées sera jointe au tableau de garde.

Annexe 6 du cahier des charges : Fiche de permutation ou remplacement de garde

Département :

Secteur de :

SOCIÉTÉ EMPÉCHÉE

NOM ET ADRESSE DE L'IMPLANTATION : Agrément n° _____

……
……..
……

Ne pourra pas assurer la garde départementale prévue le …….. de …… heures à …… heures.
Motif : ……
……

SOCIÉTÉ REMPLACANTE

NOM ET ADRESSE DE L'IMPLANTATION : Agrément n° _____

……
……..
……

En cas de permutation,

J'effectuerai la garde de la société ……
le ……de …….. heures à ……. heures.

À ……, Le ……..

Signature et tampon
de la société empêchée :

Signature et tampon
de la société remplaçante :

Fiche à transmettre au SAMU, à l'ARS, à l'ATSU et à la CPAM

Annexe 7 du cahier des charges : Fiche de poste type du coordonnateur ambulancier

INTITULÉ DU POSTE	**Coordonnateur ambulancier du département ……..**
STRUCTURE DE RATTACHEMENT	**ATSU … / SAMU …**

DESCRIPTION DU POSTE

Missions générales

Dans le cadre de la réglementation applicable au transport sanitaire et des engagements convenus par les différents acteurs de l'aide médicale urgente dans le département, et en coordination étroite avec les assistants de régulation médicale du SAMU-centre 15, le coordonnateur assure l'engagement d'un moyen de transport sanitaire privé dans les délais exigés par le médecin régulateur du SAMU-centre 15, fait état du défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires et assure le suivi exhaustif et détaillé de cette activité. Il est l'interlocuteur privilégié du SAMU-centre 15 et des entreprises de transport sanitaire pour toutes questions relatives au suivi au quotidien de l'activité opérationnelle des entreprises de transports sanitaires à la demande du SAMU.

L'objectif principal de la mise en place d'un coordonnateur ambulancier est de réduire les indisponibilités ambulancières, grâce à une meilleure visibilité en temps réel sur les moyens ambulanciers disponibles. Son objectif secondaire est de permettre une traçabilité complète de l'activité des ambulanciers par les outils de géolocalisation et de remontée des statuts installés à bord des véhicules et par la constitution d'une base de données détaillée.

Activités principales

- Déclencher l'envoi opérationnel d'équipages ambulanciers et faire diminuer le nombre d'indisponibilités ambulancières

  - Avoir une visibilité permanente de la disponibilité (délai d'intervention, moyens techniques et humains) des ambulances participant à l'aide médicale urgente, par le biais notamment d'un logiciel partagé utilisant les moyens de géolocalisation dont sont équipés les véhicules
  - S'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules adaptés par secteur territorial pendant les horaires où une garde est organisée
  - En l'absence de garde, s'assurer de la présence d'un ou plusieurs véhicules adaptés des entreprises volontaires sur chaque secteur selon la procédure définie par l'ATSU
  - Recevoir les instructions opérationnelles du médecin régulateur du SAMU-centre 15, par le biais du logiciel du SAMU, et vérifier la complétude des données nécessaires (localisation de la destination précise de l'intervention, etc.)
  - Transmettre les demandes de transport sanitaire urgent aux entreprises de transport sanitaires du territoire concerné, par le biais d'un outil informatique commun et selon les procédures de sollicitation convenues dans le tableau de garde et par l'ATSU : sollicitation impérativement de l'entreprise de garde du secteur en premier lieu, puis sollicitation des entreprises volontaires dans le cadre défini par l'ATSU

- Faire état de l'impossibilité avérée de répondre en temps et en qualité à la demande du SAMU-Centre 15, le cas échéant, et faire une description de la difficulté sans délai au SAMU-centre 15, qui juge de la pertinence d'un déclenchement des moyens du SIS en carence
- Poursuivre la sollicitation des entreprises de transport sanitaire privé si, après constat initial de l'indisponibilité, le SAMU et le SIS ont décidé de temporiser l'intervention

  - Suivre la bonne réalisation de l'activité des transports sanitaires urgents par les ambulanciers

- Suivre le déroulement des transports sanitaires urgents des équipages de transport sanitaire, se renseigner et alerter en cas de problème (ex : absence de nouvelles dans un délai exceptionnellement long)
- Répondre aux demandes et informations des entreprises de transport sanitaire en temps réel (ex : signalement de disponibilité pour renfort)
- S'assurer du bon fonctionnement en temps réel des outils informatiques et radiotéléphoniques et appeler les acteurs concernés en cas de problème constaté (ex : ambulance n'apparaissant plus sur le logiciel)
- Faire respecter les bonnes pratiques durant les transports sanitaires urgents et les gardes ambulancières au quotidien, en lien avec l'ATSU
- Assurer une veille juridique voire opérationnelle sur les transports sanitaires urgents des entreprises de transports sanitaires à la demande du SAMU

  - Assurer la traçabilité de l'activité des ambulanciers et contribuer à son évaluation

- Renseigner des fichiers précis et chiffrés de données à des fins statistiques, de bilan et de rémunération : nombre de transports sanitaires urgents par secteur et par horaire, nombre de sorties blanches, mobilisation des entreprises volontaires hors garde, nombre de d'indisponibilités ambulancières par secteur et motif, motifs d'indisponibilités par entreprise, nombre de transports sanitaires urgents en attente à l'instant T (chaque 30 min), journal des incidents, etc.
- Transmission hebdomadaire de ces données à l'ATSU
- Réalisation d'un rapport de synthèse et d'analyse des données et transmission à l'ARS chaque semestre en vue de sa présentation et discussion au CODAMUPS-TS

Implantation et fonctionnement

Le coordonnateur ambulancier exerce son activité au sein des locaux du SAMU-centre 15 / au sein d'une plateforme logistique hors du SAMU mais interconnectée avec ce dernier.

Le coordonnateur ambulancier est placé sous l'autorité fonctionnelle et hiérarchique de l'ATSU / du SAMU-centre 15. Il n'a aucun lien de subordination ou d'intérêt avec une entreprise de transport sanitaire. Aux horaires où l'activité justifie la mise en place d'un personnel dédié, le coordonnateur ambulancier ne peut effectuer d'autres activités pour le compte du SAMU qui ne sont pas prévues dans ses missions.

Dans le département ……., un personnel dédié aux missions de coordination ambulancière est mis en place sur les horaires suivants : …….

Afin d'assurer cette organisation, une équipe de … coordonnateurs ambulanciers se relaient au fil de la journée et de la semaine au sein du département, avec un fonctionnement comme suit : …….. .

[*Option*] Aux horaires de ……., les missions de coordination ambulancière sont effectuées par le coordonnateur du département ……. / par le SAMU. Les coordonnateurs ambulanciers doivent donc entretenir un lien régulier et fluide avec ces autres personnels, afin d'assurer la transmission de l'ensemble des informations, notamment le recensement exhaustif des données et les incidents signalés sur la totalité des horaires et des jours.

PROFIL SOUHAITÉ

Les profils suivants sont privilégiés :
- Ambulancier
- Logisticien
- Assistant de régulation médicale

Une expérience de quelques années dans le secteur du transport sanitaire ou de l'aide médicale urgente est requise.

Connaissances :
- Connaissance du secteur géographique
- Connaissance de l'environnement réglementaire des transports sanitaires et des interventions à la demande du SAMU
- Connaissance des acteurs de l'aide médicale urgente, du monde sanitaire

Savoir-faire :
- Gestion et optimisation de l'envoi de véhicules
- Utilisation des outils bureautiques et informatiques
- Gestion de bases de données
- Constitution et analyse de tableaux de bord
- Communication
- Analyse d'un contexte, d'une problématique
- Alerte sur une situation à risque

Savoir-être :
- Autonomie
- Disponibilité
- Adaptabilité
- Réactivité
- Travail en équipe
- Écoute active et attentive
- Rigueur et esprit méthodique
- Persévérance et contrôle de soi

Formations prévues dans le cadre de l'adaptation au poste :

DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

Description du SAMU et de l'ATSU

CONTACTS

Personnes à contacter pour tout renseignement
Personnes à qui adresser les candidatures

Annexe 8 du cahier des charges : Fiche de dysfonctionnement des transports sanitaires urgents

Origine du signalement

Département :

Secteur de :

Qualité du déclarant :
- ☐ Entreprise de transport sanitaire
- ☐ Coordinateur ambulancier
- ☐ Personnel du SAMU
- ☐ Personnel d'une structure des urgences
- ☐ Patient
- ☐ Autre : ……

Date du signalement :
Nom et mail du déclarant (facultatif) :
Date et heure du dysfonctionnement : le à

Caractéristiques du dysfonctionnement

- EN RELATION AVEC L'ENTREPRISE DE TRANSPORT SANITAIRE
Nom de l'entreprise :

- ☐ Non joignable
- ☐ Non disponible pour la garde
- ☐ Refus prise en charge du patient
- ☐ Autre : ……..

Description : ……..
……

- EN RELATION AVEC LA REGULATION MEDICALE
Description : ……..
……

- EN RELATION AVEC LE PATIENT
- ☐ Agressivité du patient
- ☐ Incompréhension du patient
- ☐ Refus de prise en charge par le patient
- ☐ Autre : ……

Description : ……
……

- AUTRE TYPE DE DYSFONCTIONNEMENT
Description : ……
……

Solution apportée :

Fiche à transmettre à l'ARS par mail : ……

Annexe 5 : Modèle de convention locale bipartite SAMU/ATSU

[*Le présent document est un modèle type de convention qui n'a pas de valeur impérative. Il doit être adapté localement et peut être complété selon la volonté des acteurs. De même, il n'a pas vocation à présenter de manière exhaustive l'ensemble des items qui peuvent être traités par une convention entre service d'aide médicale urgente (SAMU) et association de transports sanitaires d'urgence (ATSU). Les items qui n'y sont pas intégrés peuvent être traités par les acteurs locaux par enrichissement du présent modèle ou par le biais d'une convention complémentaire.*]

ENTRE

Le centre hospitalier de ……, siège du service d'aide médicale urgente (SAMU), représenté par son directeur ;

L'association départementale de transports sanitaires d'urgence (ATSU) la plus représentative du département [à préciser], désignée par arrêté du [date à préciser] du directeur général de l'agence régionale de santé et représentée par son président ;

VU :

- Les articles L.6312-1 et suivants, et R.6312-23-1 du code de la santé publique ;
- L'arrêté ministériel du 5 mai 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel SAMU-transports sanitaires portant organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière ;
- L'arrêté du 11 avril 2022 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'ambulancier et aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

L'objet de la présente convention est d'établir les modalités de coopération entre le service d'aide médicale urgente (SAMU) et les entreprises de transport sanitaire privées représentées par l'association des transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental (ATSU) pour optimiser la réponse aux demandes du SAMU dans le cadre de l'aide médicale urgente.

ARTICLE 2 : CHAMP D'APPLICATION DE LA CONVENTION

La convention couvre l'activité de transports sanitaires urgents réalisée par les entreprises de transport sanitaire privées à la demande du SAMU, 24h sur 24 et sept jours sur sept.

Le SAMU sollicite les entreprises de transport sanitaire privées pour réaliser des transports sanitaires urgents nécessitant une réponse rapide et adaptée à l'état du patient en vue d'un transport vers un établissement de santé ou un lieu de soins du secteur ambulatoire figurant sur la liste établie par l'agence régionale de santé et consultable sur son site internet, à l'exclusion de tout transport entre deux établissements de soins.

La réponse aux demandes du SAMU est organisée par un dispositif de garde ambulancière et par des moyens complémentaires. Le cadre applicable est défini dans le cahier des charges pour l'organisation de la garde et du transport sanitaire urgent du département.

La présente convention est établie pour tout le département …… .

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DES PARTIES

a) Le SAMU s'engage à :

- Indiquer aux entreprises de transports sanitaires pour chaque transport sanitaire urgent demandé les équipements nécessaires à son bon déroulement, le délai d'intervention souhaité

et l'ensemble des informations relatives à l'état du patient, nécessaires pour assurer une bonne prise en charge ;
- Solliciter, par l'intermédiaire du coordonnateur ambulancier ou en son absence d'un assistant de régulation médicale, les entreprises de transports sanitaires avant toute demande d'intervention du SIS pour carence ambulancière en cas de sollicitation infructueuse.

b) Les entreprises de transport sanitaire privées via l'ATSU …… s'engagent à :
- Répondre aux appels du SAMU pendant la période de garde et en dehors de celle-ci, en zone blanche, grâce à des moyens complémentaires ;
- Mobiliser au moins un équipage et un véhicule exclusivement dédié aux transports sanitaires urgents pendant la durée de la garde telle que définie dans le cahier des charges départemental ;
- Accomplir toute démarche en lien avec l'ATSU pour trouver un remplaçant, de préférence du même secteur de garde, lorsqu'ils ne peuvent assurer leur tour de garde pour cause d'empêchement et communiquer ces informations à l'ARS ainsi qu'au SAMU ;
- Équiper tous les véhicules intervenant pour des demandes du SAMU de dispositifs de géolocalisation en lien avec le système d'information du coordonnateur ambulancier ;
- Assurer à la demande du SAMU la prise en charge et le transport des patients vers le lieu de soins dans les délais fixés par le médecin régulateur du SAMU, quand l'entreprise est de garde, ou dès qu'une activité de transport sanitaire urgent est acceptée par une entreprise volontaire sollicitée si l'entreprise de garde est indisponible en raison d'une précédente mission pour le SAMU ;
- Respecter les exigences réglementaires et le cas échéant, celles du SAMU en termes de catégorie de véhicule mobilisé, de niveau d'équipement du véhicule demandé ;
- Respecter les critères qualité définis dans le cahier des charges départemental et dans la présente convention.

ARTICLE 4 : DEROULÉ OPÉRATIONNEL

1- Le traitement de l'appel dans le cadre de l'aide médicale urgente

La régulation par le centre 15 est systématique. Elle a pour but de déterminer et déclencher dans les meilleurs délais la réponse adaptée à l'état du patient. Cette mission incombe au SAMU-Centre 15 des établissements publics de santé.

Lorsqu'un appel d'urgence parvient au SAMU-Centre 15, l'assistant de régulation médicale transmet l'appel au médecin régulateur, qui prend la décision adaptée pour répondre au besoin de soins du patient et éviter toute perte de chance : intervention SMUR ou moyen ambulancier ou SIS.

2- La réponse ambulancière

En cas de déclenchement d'un moyen ambulancier, le médecin régulateur sollicite le coordonnateur ambulancier, qui fait appel dans cet ordre aux acteurs suivants :
1. La ou les entreprises de garde le cas échéant ;
2. Les entreprises volontaires et disponibles (liste fournie par l'ATSU), ou la disponibilité en temps réel sur le SI ATSU, en s'appuyant sur la géolocalisation.

Le coordonnateur ambulancier sollicite au moins deux entreprises en plus de l'entreprise de garde avant de déclarer au SAMU l'indisponibilité ambulancière, afin que le SAMU puisse faire appel au SIS en carence le cas échéant.

Lorsque l'entreprise de transport sanitaire répond à la sollicitation du SAMU, dans le cadre de la garde ou en dehors, l'entreprise :
1. Informe le coordonnateur ambulancier du départ en mission et de son achèvement ;

2. S'assure du départ immédiat de l'équipage qui intervient, sauf indication contraire du SAMU ;
3. Fait intervenir un équipage auprès du patient dans le respect du délai fixé par le SAMU ;
4. Réalise un bilan clinique du patient qu'elle communique immédiatement au SAMU ;
5. Effectue les premiers soins relevant de l'urgence adaptés à l'état du patient, sur demande du SAMU le cas échéant ;
6. Réalise un acte de télémédecine à la demande du médecin régulateur le cas échéant ;
7. Assure la surveillance du patient par l'ambulancier diplômé d'état, au cours du transport et informe le SAMU de toute modification de l'état du patient pendant la mission ;
8. Transporte le patient vers le lieu de soins (établissement de santé ou lieu de soins au sein du secteur ambulatoire) déterminé par le SAMU le cas échéant ;
9. Transmet les informations administratives et cliniques relatives au patient lors de son arrivée au lieu de soins.

Le SAMU peut décider qu'un transport n'est pas nécessaire après analyse du bilan clinique, pour l'une des raisons suivantes :

1. Absence du patient sur le lieu d'intervention ;
2. Absence de nécessité de prise en charge par une structure de soins ou un professionnel de santé ;
3. Soins apportés au patient sur le lieu de l'intervention et ne nécessitant pas de prise en charge supplémentaire ;
4. Transport devant être réalisé par un autre moyen adapté ;
5. Refus de prise en charge par le patient ;
6. Décès du patient.

ARTICLE 5 : CAS PARTICULIERS D'INTERVENTION DU SERVICE D'INCENDIE ET DE SECOURS EN ARTICULATION AVEC LES ENTREPRISES DE TRANSPORT SANITAIRE PRIVÉES

1- Les carences

Dans le cas où le service d'aide médicale urgente constate auprès du coordonnateur ambulancier un défaut de disponibilité des entreprises de transports sanitaires pour une mission visant à la prise en charge et au transport de patients pour des raisons de soins ou de diagnostic, il peut prescrire l'intervention des services d'incendie et de secours. Ces interventions réalisées en dehors des missions propres des SIS sont des carences[1].

En cas de désaccord sur les critères de qualifications d'une carence ambulancière, les acteurs peuvent effectuer une conciliation amiable et/ou saisir la commission de conciliation paritaire[2].

2- Besoin de moyens spécifiques du SIS en appui des entreprises de transports sanitaires

Le SAMU peut mobiliser dans certains cas le SIS en appui de moyens ambulanciers déjà engagés, notamment si le brancardage fait appel à des moyens spécifiques (GRIMP, élévateur, échelle pivotante, etc.). Il s'agit alors d'une opération de sauvetage réalisée par le SIS. Le transport du patient est assuré par l'entreprise de transports sanitaires présente.

ARTICLE 6 : MATÉRIEL EMBARQUÉ

[1] Article L.1424-42 du code général des collectivités territoriales
[2] Décret relatif à la création d'une commission de conciliation paritaire (en cours).

L'équipement disponible dans une ambulance dans le cadre de la réponse à l'aide médicale urgente respecte la réglementation en vigueur[3]. Des obligations complémentaires peuvent être définies localement par voie contractuelle/conventionnelle[4].

ARTICLE 7 : ÉCHANGES D'INFORMATIONS ET DE DONNÉES ENTRE LE SAMU ET LE COORDONNATEUR AMBULANCIER

Les moyens de communication entre le SAMU et le coordonnateur doivent permettre :

- Le contact direct (téléphone, tablette, système d'information ambulancier, etc.) ;
- La confirmation en temps réel de la bonne réception, de l'acceptation de la mission, du départ du vecteur d'intervention et du temps estimé d'arrivée sur les lieux ;
- Le suivi du déroulé de la mission ;
- La traçabilité de l'activité.

Par le biais du système d'information du SAMU, le coordonnateur reçoit l'ensemble des informations nécessaires à une mission : identification du patient, lieu d'intervention, etc.

Le coordonnateur ambulancier bénéficie d'un système d'information commun avec les entreprises de transport sanitaire. Il s'agit du logiciel ……. . Ce SI est interopérable avec le SI du SAMU. L'outil permet de récolter l'exhaustivité de l'activité de transport sanitaire urgent. Le système d'information ambulancier permet au coordonnateur ambulancier de :

- Visualiser en temps réel la disponibilité ambulancière sur tout le territoire et la géolocalisation des véhicules disponibles ;
- Déclencher instantanément le vecteur adapté et lui transmettre les données reçues par le SAMU, issues du SI du SAMU ;
- Tracer en temps réel les états d'avancement de la mission ;
- Tracer les éléments nécessaires à la rémunération ;
- Établir les statistiques mensuelles et annuelles.

Une ligne téléphonique dédiée aux entreprises de transport sanitaire pour joindre le coordonnateur ambulancier est mise en place. Son numéro est communiqué à toutes les entreprises par l'ATSU.

Le coordonnateur ambulancier transmet à la CPAM les éléments nécessaires au calcul de la garantie de recettes chaque semaine.

Le coordonnateur ambulancier transmet au SAMU les éléments nécessaires à l'évaluation et au pilotage de l'activité chaque semaine : [*définir les indicateurs demandés*].

ARTICLE 8 : DEMARCHE QUALITE

Conformément à l'article R.6312-23-1 du code de la santé publique, les entreprises de transports sanitaires par l'intermédiaire de l'ATSU ….. s'engagent à entreprendre une démarche qualité sur les points suivants :

a) Protocoles de prise en charge du patient ;
b) Matériel embarqué dans les véhicules ;

[3] Arrêté du 12 décembre 2017, *fixant les caractéristiques et les installations matérielles exigées pour les véhicules affectés aux transports sanitaires terrestres.*

[4] Article 1134 du code civil : « *Les conventions légalement formées tiennent lieu de loi à ceux qui les ont faites. Elles ne peuvent être révoquées que de leur consentement mutuel, ou pour les causes que la loi autorise. Elles doivent être exécutées de bonne foi.* »

c) Modalités de signature, analyse et traitement des évènements indésirables liés à la prise en charge des patients – détaillées dans l'article 9 de la présente convention ;
d) Organisation et suivi des actions de formations prévues pour assurer la formation continue et le maintien des compétences des personnels des entreprises de transports sanitaires – détaillée à l'article 10 de la présente convention ;

[Les acteurs peuvent prévoir davantage d'items, la liste réglementaire n'étant pas exhaustive]

ARTICLE 9 : ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

a) Signalement des évènements indésirables

Un évènement indésirable est un évènement non souhaité dans la gestion d'un dossier ou le déroulé d'une intervention qui peut affecter la santé d'une personne.

Lors d'une intervention, un évènement indésirable peut intervenir, notamment (liste non exhaustive) :
- Non réponse à l'appel pour mission ;
- Non-respect du délai d'intervention ;
- Données transmises pour intervention insuffisantes ou erronées ;
- Véhicule demandé pour la mission non conforme ;
- Matériel inadapté ;
- Absence de bilan de la victime ;
- Bilan inadapté ou retardé ;
- Comportement inadapté ;
- Non-respect des consignes de destination ;
- Dossier bilan non transmis à la structure d'accueil ;
- Problème sur le dossier remis à la structure d'accueil ;

Ces évènements sont constitutifs d'un manquement à la convention et doivent faire l'objet d'un signalement (fiche de signalement d'un évènement indésirable en annexe 1).

Une attention particulière sera portée aux événements porteurs de risques afin d'agir en prévention des événements indésirables graves par la mise en place de mesure correctrices adaptées.

b) Traitement conjoint

La fiche d'événement indésirable est communiquée au SAMU ou établie par celui-ci. Le SAMU la transmet à l'ensemble des acteurs impliqués pour information et pour recueillir des informations complémentaires éventuelles (transporteur concerné, ATSU, SIS le cas échéant).

Chaque événement indésirable et événement porteur de risques fait l'objet d'une analyse conjointe organisée par le SAMU et associant les acteurs concernés, selon les méthodes et outils des démarches qualité du système de santé : revue de morbidité mortalité (RMM), comité de retour d'expérience (CREX), etc. L'analyse se fait avec les acteurs impliqués directement dans les prises en charge dans une démarche bienveillante de formation et d'amélioration de la qualité.

Cette analyse doit permettre de mettre en place les actions correctrices appropriées. Le programme de formation éventuel et les mesures issues de l'analyse sont établis en concertation entre le SAMU et les acteurs impliqués.

Si un événement indésirable est constitutif d'un manquement au cadre réglementaire en vigueur, le SAMU informe l'ARS qui peut décider de la mise en place de sanctions.

Une synthèse de la fiche, des retours des acteurs, de l'analyse de la situation et des actions mises en œuvre est dressée par le SAMU en accord avec les acteurs impliqués et transmise au CODAMUPS-TS.

Une réunion de bilan est organisée chaque semestre entre le SAMU et l'ATSU.

c) Cas spécifique des évènements indésirables graves

L'évènement indésirable grave (EIG) est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et dont les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (article R. 1413-67 du code de la santé publique).

Tout EIG constaté est déclaré par tout professionnel de santé ou tout représentant légal désigné de l'établissement de santé au directeur général de l'ARS au moyen du formulaire prévu par l'article R. 1413-70 du code de la santé publique (annexe 2).

Le traitement s'établit en trois étapes :

1. Sans délai, la première partie de la déclaration est transmise au DG ARS. Elle comporte :
   - La nature de l'évènement et les circonstances de sa survenue ;
   - L'énoncé des premières mesures prises localement au bénéfice du patient et en prévention de la répétition d'événements de même nature ;
   - La mention de l'information du patient et, le cas échéant, de sa famille, de ses proches ou de la personne de confiance qu'il a désignée ;
2. Une analyse approfondie des causes de l'événement est effectuée par tous les acteurs concernés avec l'aide de la structure régionale d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients, permettant d'établir un plan d'actions correctrices avec des échéances de mise en œuvre et d'évaluation ;
3. Dans les trois mois suivant l'EIG, la deuxième partie de la déclaration est transmise. Elle comporte :
   - Le descriptif de la gestion de l'événement ;
   - Les éléments de retour d'expérience ;
   - Le plan d'actions correctrices.

L'ARS diffuse les mesures correctives à l'ensemble des acteurs concernés du territoire.

ARTICLE 10 : FORMATION CONTINUE

Les entreprises de transport sanitaire organisent tous les ans la formation continue de leurs personnels ambulanciers qui participent à l'aide médicale urgente, en lien avec les organismes de formation (CESU, IFA, etc.).

Les thèmes de formation sont définis chaque année en concertation entre le SAMU, les organismes de formation (CESU, IFA, etc.) et l'ATSU. Ils sont publiés sur le site internet de l'ATSU. Les formations impliquant des rencontres régulières entre les personnels des SAMU et les personnels des entreprises de transport sanitaire, permettant d'améliorer la communication et la bonne compréhension des attendus, sont à privilégier.

Des actions de formation complémentaires peuvent être mises en place par l'ATSU en concertation avec les différents acteurs.

- **Contenu pédagogique**

Le contenu pédagogique de la formation continue est élaboré en concertation entre le SAMU et l'ATSU.

Elle est dispensée par tout organisme agréé pour la formation initiale ou continue des ambulanciers, des auxiliaires ambulanciers et tout personnel exerçant au sein d'une entreprise de transports sanitaires. Elle est sanctionnée par une attestation de participation.

Les formations qui favorise le lien entre les personnels de la régulation médicale et les ambulanciers sont à privilégier pour améliorer la communication et la compréhension des attendus.

Les thèmes de formation sont définis en coordination entre les CESU, les IFA et l'ATSU. Les thèmes retenus s'imposeront aux entreprises.

Le groupe de « suivi FEI » définit chaque année le ou les thème(s), le temps de formation annuel ou périodique adapté (pouvant varier d'une année à l'autre) qui sera au minimum de 14 heures/an/ambulancier et le rythme de formation (pouvant varier d'une année à l'autre).

- **Déroulement**

L'ensemble des personnels ambulanciers (auxiliaires et titulaires du DEA) intervenant dans la réponse à l'urgence doit impérativement recevoir annuellement un module de formation.
Le coordonnateur ambulancier reçoit annuellement un temps de formation continue.

Chaque personnel possède une traçabilité recensant toutes les formations qu'il a suivi tout au long de sa carrière.

L'ATSU assure un suivi exhaustif des personnels ayant suivi les modules de formation continue et transmet à l'ARS ce suivi, et informe cette dernière de tout manquement à cette obligation.

En l'absence d'aide ou de financement institutionnel, cette formation est à la charge financière de l'entreprise.

ARTICLE 11 : INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Des tableaux d'indicateurs de suivi de l'activité sont établis par le coordonnateur ambulancier et le SAMU et partagés avec les signataires de la convention chaque mois. Chaque indicateur relatif aux transports sanitaires urgents et carences doit être identifié par commune et ventilé par secteur de garde, ainsi que par période de la journée (jour / soirée / nuit).

Suivi SAMU

Nombre d'appels arrivant au 15 ou à tout autre numéro de régulation tels que le 15 ou le 116/117 (nombre colligé et nombre par catégorie)
Nombre d'appels arrivant au 15 donnant lieu à une régulation médicale AMU ou ML (nombre colligé et nombre par catégorie)
Nombre d'appels arrivant au 15 et basculés au 18 pour engagement de moyens SIS après régulation médicale et nombre de moyens engagés
Nombre d'engagements SMUR
Délai moyen entre l'appel au 15 ou à tout autre numéro de régulation et l'arrivée des moyens auprès du patient
Délai entre l'arrivée sur place et la transmission du bilan au médecin régulateur (délai moyen et distribution statistique des délais) *dans la mesure du possible*
Durée moyenne d'intervention : • Entre le déclenchement du moyen ambulancier et le départ effectif • Entre l'appel à l'entreprise de transports sanitaires et le retour base
Recueil des incidents et évènements indésirables

Suivi coordonnateur ambulancier

Nombre de TSU pour un transport vers une structure hospitalière
Nombre de TSU pour un transport vers une structure de ville
Nombre de TSU - sorties blanches
Nombre de TSU réalisés par les moyens de garde
Nombre de TSU réalisés par des moyens volontaires hors garde
Nombre de TSU en renfort d'un SMUR déjà accompagné d'une ambulance (appuis logistiques)
Nombre TSU réalisés en relai des sapeurs-pompiers
Nombre d'indisponibilités ambulancières
Nombre d'indisponibilités ambulancières injustifiées (indisponibilité d'une entreprise de garde non mobilisée sur un transport sanitaire urgent demandé par le SAMU)
Suivi de la temporisation des carences : nombre total d'indisponibilités des entreprises de transports sanitaires temporisées en pallier 1 d'une part et en pallier 2 d'autre part
Délai entre l'appel au coordonnateur ambulancier et l'arrivée des moyens auprès du patient
Délai entre l'arrivée sur place et la transmission du bilan au médecin régulateur
Durée d'intervention entre l'appel à la société d'ambulance et la nouvelle disponibilité de l'ambulance
Recueil des incidents et évènements indésirables

L'évaluation et les dysfonctionnements rencontrés lors de l'application de la présente convention sont traités dans une démarche bienveillante et positive en vue d'identifier les marges d'amélioration et de proposer des mesures d'amélioration de la qualité des soins.

Cette évaluation est réalisée par un comité de pilotage décrit dans le cahier des charges.

ARTICLE 12 : ASSURANCES

Chaque partie contracte une assurance conformément à la loi.

Le transporteur sanitaire souscrit une assurance pour la couverture de sinistres corporels ou/et matériels dont la responsabilité pourrait lui être imputée.

ARTICLE 13 : ENTRÉE EN VIGUEUR ET DURÉE DE LA CONVENTION

La présente convention entre en vigueur le …… .

Elle est conclue pour une durée de X à compter de sa signature.

Elle est reconductible tacitement chaque année civile en l'absence de résiliation par l'une ou l'autre des parties après un préavis de trois mois, par lettre recommandée adressée à chacune des parties signataires, avec demande d'avis de réception avant la date d'échéance.

ARTICLE 14 : LITIGES

En cas de litige relatif à la présente convention et à son application, les parties recherchent une solution amiable avant de voir régler leur différend par voie contentieuse.

Tout différend pouvant s'élever entre elles non résolu à l'amiable est porté devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à ……., le ……..

Le directeur du centre hospitalier de ……

Le président de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence (ATSU) …….

La présente convention a été approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Elle a été présentée lors du CODAMUPS-TS du .../.../...

ANNEXE 1 de la convention bipartite
Fiche événement indésirable

Numéro de mission SAMU :

Date et heure de la mission :

Coordonnées du déclarant

Nom du rédacteur :

Téléphone :

- Non réponse à l'appel pour mission
- Non-respect du délai d'intervention
- Données transmises pour intervention insuffisante ou erronées
- Véhicule demandé pour la mission non conforme
- Matériel inadapté
- Absence de bilan de la victime
- Non-respect des consignes de destination,
- Dossier bilan non transmis à la structure d'accueil
- Problème sur le dossier remis à la structure d'accueil
- Autre (précisez) :

Complément d'information sur l'incident / description

Fiche à transmettre au SAMU

ANNEXE 2 de la convention bipartite
Formulaire de déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins

Prévu par l'article R. 1413-70 du code de la santé publique et précisé par l'arrêté du 19 décembre 2017 relatif au formulaire de déclaration d'un événement indésirable grave associé à des soins et aux modalités de transmission à la Haute autorité de santé

<u>Annexe 6 :</u> Modèle d'attestation sur l'honneur attestant de l'utilisation exclusive de l'AMS hors quota, à transmettre à l'ARS.

Nom de l'entreprise :

N°agrément ARS :

N° SIRET / SIREN :

Représentant(s) légaux :

Adresse :

Immatriculation du véhicule : _____
Catégorie du véhicule (1) : A

Spécificité du véhicule (facultatif) :
☐ Transport bariatrique
☐ Transport pédiatrique
☐ Autres (préciser) :

Monsieur/Madame [nom/prénom à préciser] représentant(e) légal(e) de l'entreprise de transports sanitaires susmentionnée, déclare sur l'honneur que :

- le véhicule immatriculé [numéro à préciser] est utilisé exclusivement pour l'aide médicale urgente, conformément aux articles R.6312-30 et R.6312-36-1 du code de la santé publique ;

- l'exploitation effective du véhicule immatriculé [numéro à préciser] est conforme aux articles R.6312-39, R.6312-36-1 et R.6312-36-2 du code de la santé publique.

En signant ce document, je reconnais avoir pris connaissance :
- des sanctions pénales prévues par les articles 441-1 et suivants du code pénal, en cas de détention et d'usage de faux documents, de fausses déclarations ou d'attestation inexacte ;
- des sanctions administratives prévues aux articles R.6312-36-1 et suivants du code de la santé publique.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à :
Date :

Nom/prénom, signature manuscrite et cachet de l'entreprise :

GOUVERNEMENT
Liberté
Égalité
Fraternité

NOTE D'INFORMATION INTERMINISTERIELLE N° DGS/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2022/133 du 13 mai 2022 relative à l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les établissements de santé, à titre dérogatoire et transitoire, de la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, solution pour la modification de la fraction sanguine

Le ministre des solidarités et de la santé,
Le ministre de l'économie, des finances et de la relance

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Copie à :

Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie
(pour mise en œuvre)
Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
(pour mise en œuvre)
Monsieur le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie
(pour mise en œuvre)

Référence	NOR : SSAP2213650N (numéro interne 2022/133)
Date de signature	13/05/2022
Emetteurs	Ministre des solidarités et de la santé Ministre de l'économie, des finances et de la relance Direction générale de la santé Direction générale de l'offre de soins Direction de la sécurité sociale
Objet	Achat, fourniture, prise en charge et utilisation par les établissements de santé, à titre dérogatoire et transitoire, de la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, solution pour la modification de la fraction sanguine.
Contacts utiles	**Direction générale de la santé** Sous-direction Politique des produits de santé Qualité des pratiques et des soins Bureau du médicament (PP2) Patrick CAYER-BARRIOZ Tél. : 01 40 56 53 13 Mél. : patrick.cayer-barrioz@sante.gouv.fr **Direction générale de l'offre de soins** Sous-direction Pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins Bureau accès aux produits de santé et sécurité des soins (PF2) Clément HARTMANN Tél. : 01 40 56 67 64 Mél. : clement.hartmann@sante.gouv.fr

	Direction de la sécurité sociale Sous-direction Financement du système de soins Bureau des produits de santé (1C) Floriane PELON Tél. : 01 40 56 75 02 Mél. : floriane.pelon@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages
Résumé	Le Méthoxsalène, après avoir relevé du statut de dispositif médical, bénéficie aujourd'hui du statut de médicament. Ainsi, la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, solution pour la modification de la fraction sanguine dispose depuis le 28 octobre 2021 d'une autorisation de mise sur le marché chez les adultes pour une utilisation extracorporelle dans le traitement palliatif du lymphome cutané à cellules T à un stade avancé chez les patients qui n'ont pas répondu à d'autres formes de traitement. Une demande d'inscription sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités est actuellement en cours d'instruction. La continuité des traitements engagés avec ce produit a pu être assurée jusqu'à ce jour en mobilisant les stocks encore disponibles du produit sous son statut de dispositif médical. Compte tenu que le dernier lot disponible de ce dispositif médical arrive à expiration le 1er juin prochain et qu'à cette date, la procédure d'inscription au remboursement de la spécialité n'aura pas encore aboutie, un dispositif dérogatoire et transitoire est mis en place pour permettre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de la spécialité par les établissements de santé en vue de prévenir toute rupture des traitements en cours, dans l'attente qu'une décision soit prise au regard de la demande de remboursement.
Mention Outre-mer	Ces dispositions s'appliquent aux Outre-mer, à l'exception de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, et de Wallis et Futuna.
Mots-clés	Méthoxsalène, dispositif médical, médicament.
Classement thématique	Pharmacie humaine
Texte de référence	Article L. 5123-2 du code de la santé publique
Rediffusion locale	Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour mise en oeuvre).
Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 13 mai 2022 – N° 60	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	01/06/2022

En application des dispositions du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, le Methoxsalène qui relevait du statut de dispositif médical, bénéficie aujourd'hui du statut de médicament.

Ainsi, la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, solution pour la modification de la fraction sanguine, dispose depuis le 28 octobre 2021 d'une autorisation de mise sur le marché chez les adultes pour une utilisation extracorporelle dans le traitement palliatif du lymphome cutané à cellules T à un stade avancé chez les patients qui n'ont pas répondu à d'autres formes de traitement.

La procédure d'inscription de la spécialité sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités est en cours d'instruction et ne pourra pas aboutir avant le 1er juin prochain.

Dans l'attente qu'une décision soit prise au regard de la demande d'inscription au remboursement de la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, la continuité des traitements engagés a pu être assurée jusqu'à aujourd'hui en mobilisant les stocks du laboratoire encore disponibles de ce produit sous son statut de dispositif médical.

Cependant, le dernier lot relevant du statut de dispositif médical en stock arrivera à expiration le 1er juin 2022.

Aussi, à compter du 1er juin prochain, en vue d'éviter toute interruption des traitements, la spécialité METHOXSALENE MACOPHARMA® 20 microgrammes/mL, peut à titre dérogatoire et transitoire être achetée, fournie, prise en charge et utilisée par les établissements de santé, jusqu'à ce que la décision relative à la demande d'inscription sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités soit prise.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,

Franck VON LENNEP

Pour le ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
par intérim,

Cécile LAMBERT

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général adjoint de la santé,

Grégory EMERY

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION N° SGMCAS/Pôle Santé-ARS/DGS/2022/143 du 13 mai 2022 relative à la préparation des jeux olympiques et paralympiques de 2024

Le ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

Référence	NOR : SSAZ2214418J (numéro interne : 2022/143)
Date de signature	13/052022
Emetteur(s)	Ministère des solidarités et de la santé Secrétariat général Direction générale de la santé
Objet	Préparation des jeux olympiques et paralympiques de 2024
Commande	Au regard des enjeux liés à l'organisation des jeux olympiques et paralympiques sur le territoire national, les régions doivent se préparer selon un niveau de mobilisation qui dépend de leur implication pendant l'événement. Le cadre de préparation attendu pour chaque région est précisé dans cette instruction.
Action(s) à réaliser	Identification des contacts en ARS pour la préparation des Jeux olympiques et paralympiques Conduite d'une démarche d'identification et d'analyse des risques Recensement des capacités de réponse Etat des lieux de la planification zonale et régionale Préparation de la réponse aux différents risques identifiés
Echéance(s)	2022 à 2023
Contact(s) utile(s)	Pôle Santé ARS Corinne PASQUAY Tél. : 01 40 56 52 59 Mél. : corinne.pasquay@sg.social.gouv.fr

	DGS Cécile HENRY mailto:Cecile.HENRY@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe(s)	10 pages et 3 annexes (3 pages) Annexe 1 : organisation interministérielle pour la préparation des Jeux (COMEX et GT) Annexe 2 : carte des sites olympiques Annexe 3 : recensement des plans de réponse sanitaire aux risques et menaces
Résumé	L'objectif est de présenter aux ARS les actions à mettre en œuvre afin d'assurer la préparation sanitaire des Jeux olympiques et paralympiques de 2024
Mention Outre-mer	Les outre-mer ne sont pas concernés à l'exception de la Polynésie (surf)
Mots-clés	Jeux olympiques, sécurité sanitaire
Classement thématique	Santé publique
Texte(s) de référence	LOI n° 2018-202 du 26 mars 2018 relative à l'organisation des jeux Olympiques et Paralympiques de 2024
Circulaire / instruction abrogée	Néant
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Les ARS peuvent opérer une diffusion auprès des interlocuteurs qu'elles mobilisent (SAMU, établissements de santé …)
Validée par le CNP le 13 mai 2022 - Visa CNP 2022-69	
Document opposable	Non
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

La présente instruction décrit les modalités générales d'organisation des jeux olympiques et paralympiques qui se tiendront en France en 2024 et propose le cadre de préparation des ARS ainsi que les principales échéances à respecter pour répondre aux enjeux fixés par les instances organisatrices.
Elle mentionne également l'appui que l'ensemble des ARS devront apporter à l'ARS Ile de France qui accueille l'essentiel des épreuves.

Ce document s'adresse à l'ensemble des ARS métropolitaines.
L'ensemble des travaux menés dans le cadre de la préparation des JOP permettront également de préparer les grands événements sportifs organisés d'ici là, notamment la coupe du monde de Rugby en 2023. Les organisations et procédures définies seront testées et pourront donner lieu à des réajustements.

Le 13 septembre 2017, le Comité International Olympique a attribué l'organisation des jeux Olympiques et Paralympiques 2024 (JOP 2024) à Paris. Cet évènement exceptionnel comporte au-delà des enjeux sportifs et médiatiques, des enjeux sanitaires, économiques et sociaux.
L'organisation d'un évènement de cette ampleur nécessite un travail de préparation exceptionnel qui a déjà débuté et va se poursuivre pendant encore plus de 2 ans. Cette préparation mobilise tous les services de l'Etat et nécessite une coordination forte entre tous les acteurs.
Dès 2017, un délégué interministériel aux Jeux Olympiques et Paralympiques (DIJOP), placé auprès du Premier ministre a été désigné pour animer et coordonner les activités des administrations et des établissements publics nationaux concourant à l'organisation des JOP 2024[1]. Il s'assure notamment de l'adéquation des dispositions mises en place pour la protection des personnes dans le contexte d'une densité exceptionnelle de personnes, sur de nombreux sites et sur de longues périodes. La bonne articulation des dispositifs sanitaire et de la sécurité civile constitue donc un enjeu majeur dans le dispositif de préparation.

Dans le cadre des travaux interministériels, la DIJOP a installé un Comité exécutif interministériel (COMEX) constitué de trois groupes de travail (GT) dont les principales missions consistent à élaborer des plans de prévention et de réponses pour tous les risques susceptibles d'impacter les JOP 2024 et de mobiliser les moyens et les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.
Le premier GT, commun entre la sécurité civile et la santé, porte sur le partage des responsabilités et les aspects réglementaires et administratifs. Le second GT, consacré au dispositif de sécurité civile, est piloté par la Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC). Et enfin, le troisième GT sur la maîtrise des risques sanitaires est coordonné par le Secrétariat général des ministères sociaux (SGMCAS), en lien avec la DGS et la DGOS. Ce GT comporte 6 sous-groupes[2] et s'appuiera sur l'expertise de nombreux acteurs et agences. La liste de ces groupes de travail figure en annexe 1.

Les travaux de préparation dans le champ 'santé' vont principalement être axés sur la surveillance, la prévention, et la réponse aux risques et aux menaces sanitaires identifiées, ainsi que sur l'organisation de la continuité d'activité de nos organisations et du système de

[1] Décret n° 2017-1336 du 13 septembre 2017 relatif au délégué interministériel aux jeux Olympiques et Paralympiques 2024

[2] GT « Dispositif de surveillance », GT « Sécurisation des SI santé », GT Moyens sanitaires », GT « Planification », GT « Appui interrégional », GT « Continuité du système sanitaire »

santé pendant toute la période des JOP. L'ensemble de ces travaux permettront également d'amorcer le travail de préparation pour l'organisation de la coupe du monde de Rugby en France en 2023.

Calendrier et positionnement géographique des sites olympiques

Les jeux olympiques vont se dérouler du vendredi 26 juillet (les tournois de handball, football et rugby débuteront le 24 juillet) au dimanche 11 août 2024 (17 jours) et les jeux paralympiques du mercredi 28 août au dimanche 8 septembre 2024 (12 jours).

Au total, les JOP comprennent 32 disciplines olympiques (sur 34 sites de compétition et 70 sites d'entrainement) et 24 disciplines paralympiques (sur 18 sites de compétition).

Bien qu'une majorité des épreuves se dérouleront en Ile de France, plusieurs autres régions seront mobilisées dans le cadre des Jeux Olympiques : 5 autres régions de métropole (Hauts de France, ARA, PACA, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire) et un territoire d'Outre-mer (la Polynésie Française) accueilleront également des épreuves. Le calendrier des épreuves est accessible en cliquant sur le lien suivant : Copie de Paris 2024 Olympic Competition Schedule by session_v1_FRA.xlsx.

Les jeux paralympiques se dérouleront exclusivement en Ile de France.

La carte des sites olympiques figure en annexe 2.

Spécificités à prendre en compte pour la préparation aux JOP

Les JOP vont se dérouler pendant la période de congés estivale, ce qui soulève des problématiques en terme de continuité d'activité au regard de la concentration attendue de spectateurs dans les territoires concernés et des ressources limitées disponibles à cette période de l'année. La potentielle hausse de la demande de soins pendant cette période pourrait ne pas seulement concerner l'Ile de France mais également tous les territoires dans lesquels seront organisées des épreuves.

Les JOP auront lieu pendant les périodes de fortes chaleurs avec un risque important d'épisodes caniculaires. Par ailleurs, il s'agira de la période de surveillance renforcée des arboviroses (chikungunya, dengue et infection à virus Zika) qui est la période « à risque » correspondant à la période d'activité du vecteur (de mai à novembre). Le risque de transmission des maladies vectorielles sera donc majoré pendant cette période.

Il s'agira également d'une **période de forte activité touristique** sur les littoraux, notamment dans plusieurs villes dans lesquelles se dérouleront des épreuves. Ces villes devront pouvoir maintenir une activité touristique en parallèle de l'organisation des compétitions.

Enfin, le brassage de population généré par la présence de plus de cent-quatre-vingt nationalités pourrait favoriser l'importation de maladies en provenance de pays où ces pathologies sont endémiques et la diffusion de maladies à potentiel épidémique. Une veille et une surveillance renforcée en anticipation et pendant la période des JOP sera donc à prévoir.

Préparation du dispositif sanitaire

La préparation aux JOP doit non seulement permettre d'assurer la continuité et la qualité de la prise en charge sanitaire des personnes dans les territoires concernés pendant la période des jeux mais également de répondre à tous types de situations sanitaires exceptionnelles (SSE) susceptibles d'impacter l'événement. La mise en place d'une organisation permettant de répondre à ces deux enjeux est donc essentielle.

L'identification et l'analyse des principaux risques et menaces dans les domaine sanitaires, environnementaux et technologiques susceptibles d'impacter les JOP est en cours au niveau national. Ils seront positionnés sur une échelle d'occurrence et de gravitéafin de déterminer les priorités en matière de préparation. L'objectif est d'alimenter la cartographie globale des risques qui sera élaborée par la Coordination Nationale pour la Sécurité des Jeux olympiques 2024 (CNJS) et finalisée en juin 2022.
Pour chacun des risques identifiés, les dispositifs de surveillances existants seront listés, ajustés le cas échéant. Les mesures de prévention et de protection déjà en place seront inventoriées pour donner lieu à l'élaboration de plans d'action visant à renforcer, chaque fois que nécessaire, les dispositifs et protocoles existants.

L'organisation de la réponse aux différents risques s'appuiera prioritairement sur les plans de réponse existants (plans de réponse nationaux intersectoriels, zonaux et régionaux) etc.), qui pourront également faire l'objet d'ajustements pour répondre aux enjeux sanitaires et sécuritaires propres au JOP. Chaque territoire déclinera ensuite ces dispositifs en fonction des objectifs à atteindre et des contraintes identifiées et mobilisera les ressources nécessaires à leur mise en œuvre (matérielles et humaines).

Implication des ARS dans le dispositif de préparation

Les JOP se dérouleront principalement en Ile de France mais plusieurs épreuves et entraînements auront également lieu dans d'autres régions.
Compte tenu de l'impact fort généré par cet événement, toutes les régions doivent se préparer selon un niveau de mobilisation qui dépendra de leur implication pendant la période des JOP.

Une classification à 3 niveaux de mobilisation a ainsi été retenue **:**

- **Niveau maximal de mobilisation :** ARS Ile de France
- **Niveau intermédiaire / ARS des régions accueillant entre 1 et 3 épreuves de compétition** : Provence-Alpes-Côte d'Azur (épreuves nautiques), Hauts de France (épreuves de handball), et d'autres régions sont concernées par les épreuves de football : Auvergne Rhône Alpes, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire
- **Niveau de mobilisation de base / ARS des régions susceptibles de venir en appui :** Bretagne, Normandie, Occitanie, Corse, Centre Val de Loire, Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté.

Pour cette classification, nous avons retenu les sites de compétition et non les sites d'entraînement des athlètes qui généreront des flux de spectateurs et de touristes moins importants.

L'ARS IDF, qui joue un rôle central dans l'organisation des JOP, est d'ores et déjà associée à l'ensemble des travaux menés en interministériel.

Les ARS des régions accueillant entre 1 et 3 épreuves seront progressivement intégrées dans les groupes de travail nationaux et participeront aux COPIL territoriaux mis en place par les préfets des départements accueillant des sites olympiques.

Enfin, les ARS des autres régions sont susceptibles d'être concernées par un afflux de population (tourisme), d'être désignés comme lieux de célébration ou de rediffusion d'épreuves notamment les communes labellisées « Terre de jeux 2024 », ou encore de venir en appui à d'autres régions (desserrement) ; elles seront mobilisées en tant que de besoin et selon leur souhait pour participer aux GT nationaux, en particulier dans le GT 'Appui interrégional'.

Missions attendues par les ARS accueillant entre 1 et 3 épreuves

Les travaux de préparation aux JOP doivent s'engager dès à présent dans l'ensemble des territoires accueillants des épreuves selon le processus décrit ci-dessous :

- **Etape 1 :** Chaque ARS met en place une **organisation permettant d'assurer la préparation des JOP**, en mobilisant les ressources nécessaires et **en désignant un point de contact JOP** chargé d'assurer la coordination des travaux et l'interface avec les autorités et partenaires extérieurs.

  ➔Transmission du nom du point de contact au Secrétariat général (Corinne Pasquay/ corinne.pasquay@sante.gouv.fr)
  ➔**Echéance fixée : Mai 2022**

- **Etape 2 :** Chaque ARS mène une démarche méthodologique d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques susceptibles d'impacter le(s) territoire(s) accueillant(s) une ou des épreuves pendant la période des JOP.
  Pour établir cette cartographie des risques, l'ARS s'appuiera sur la **cartographie nationale des risques susceptibles d'impacter les JOP 2024** établie par la CNSJ qui sera finalisée et transmise au mois de juin. Sur la base de cette cartographie, l'ARS intégrera les spécificités territoriales en s'appuyant sur les différentes sources d'informations disponibles, notamment :
  - Le **dispositif ORSAN** qui recense au niveau de chaque région les risques pouvant impacter le système de santé et définit en conséquence l'organisation de la réponse du système de santé dans ses 5 plans opérationnels ;
  - Le **schéma départemental d'analyse et de couverture des risques**, qui recense les risques de toute nature auxquels sont confrontés les services d'incendie et de secours (SDIS) et les moyens mis en œuvre pour y faire face ;
  - Le **dossier départemental des risques majeurs** élaboré par le Préfet.

  ➔**Echéance fixée : Septembre 2022**

- **Etape 3 :** L'ARS réalise un **état des lieux de la planification zonale et régionale** (dispositif ORSAN et plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires et leur articulation avec le dispositif ORSEC et les plans communaux de sauvegarde) et s'assure que les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires

exceptionnelles des établissements de santé du territoire sont à jour conformément aux dispositions de l'article R. 3131-13 du code de la santé publique.

➔Le tableau Excel à compléter vous est transmis en PJ (cf. tableau 'Etat des lieux planification JOP 2024).

➔**Echéance fixée : Septembre 2022**

- **Etape 4 :** dans le cadre du dispositif ORSAN, l'ARS s'assure des capacités de réponse du territoire en réalisant :

  - Une **mise à jour des capacités de prise en charge AMAVI dans les établissements de santé de première ligne et de deuxième ligne publics et privés et en identifiant les points de rupture:** en chirurgie, en accueil post-opératoire, en soins critiques, en unité de surveillance post-interventionnelle et en hospitalisation conventionnelle**;**
    Une attention particulière sera portée sur les fermetures de lits et la disponibilité des personnels dans le contexte estival.

  - Une **estimation des capacités de mobilisation des professionnels de ville** (activité estivale en officine et cabinet libéral et effectifs de médecins et infirmiers susceptibles de venir en renfort des dispositifs prudentiels et des services hospitaliers mobilisés).

  - Une **estimation des capacités de mobilisation des transports sanitaires médicalisés et non médicalisés publics et privés** (SMUR, ambulance et véhicule sanitaire léger) en **identification les points de rupture** ;

  - Un **état des lieux de l'opérationnalité des moyens tactiques des établissements de santé et dans le cadre du PZM, des capacités de projection des moyens matériels mobilisables** pendant la période des JOP : PSM2, 1, pédiatriques, respirateurs, EPI, tenues NRBC, etc.

  - Une **estimation des capacités d'appui à l'ARS IDF pendant la période des Jeux Paralympiques** (renforts RH, prise en charge AMAVI, transporteurs sanitaires).

  ➔Echéance fixée : **Novembre 2022**

- **Etape 5 : L'identification des points de rupture capacitaires** (accueil et prise en charge hospitalière, médecineambulatoire et transporteurs sanitaires) **donnera lieu à l'élaboration de protocoles de coopération interrégionaux pour la prise en charge des patients (évacuations sanitaires).** Ceux-ci seront établis dans le cadre des travaux menés par le GT national « Appui interrégional »

  ➔**Echéance fixée : Lancement du GT national « Appui interrégional » en décembre 2022**

- **<u>Etape 6</u> : L'ARS détermine ensuite en lien avec les préfets de zone, de région et de départements, 'les objectifs à atteindre'** pour faire face aux situations sanitaires exceptionnelles en terme de capacitaire au regard notamment des estimations réalisées sur les volumes de personnes attendues pendant la période des JOP et de la réalité des risques. Ces objectifs à atteindre doivent permettre d'une part d'assurer la prise en charge médicale de l'ensemble des personnes requérant des soins pendant la période des JOP (famille olympique, spectateurs, touristes, habitants) et d'autre part de faire face à toute situation exceptionnelle qui surviendrait et nécessiterait une adaptation rapide de l'organisation et des capacités de prise en charge.

  Pour répondre à ces deux enjeux, l'ARS doit ainsi prévoir une planification JOP à deux niveaux (niveau 1/continuité d'activité JOP et niveau 2/SSE) :

  - Le **premier niveau de réponse** sera défini à partir des estimations réalisées sur l'augmentation attendue de la demande de soin pendant la période des JOP, nonobstant la survenue d'un évènement exceptionnel. Cette augmentation de la demande de soin **concernera *a minima* les services d'urgence, d'hospitalisation conventionnelle médico-chirurgical notamment d'orthopédie et de traumatologie mais aussi de soins critiques.** En outre, **l'ARS réalisera une estimation des capacités de mobilisation supplémentaires des transporteurs sanitaires publics et privés** pendant la période des JOP.
  - Le **second niveau** prendra en compte toutes les situations graves et/ou inhabituelles susceptibles de se produire pendant les JOP et permettra de mobiliser tous les moyens nécessaires pour y répondre. Pour définir les objectifs à atteindre pour ce second niveau, l'ARS s'appuiera sur les travaux menés dans le cadre du dispositif ORSAN en particulier le plan ORSAN AMAVI, qui permettent de définir les parcours de soins et les filières de prise en charge pour chaque situation sanitaire exceptionnelle.

  ➔Echéance fixée : Décembre 2022

- **<u>Etape 7</u> :** Après avoir recensé les capacités de réponse du territoire et défini les objectifs capacitaires à atteindre dans le cadre des JOP, l'**ARS défini l'organisation territoriale à mettre en place ainsi que les éventuelles adaptations des capacités d'accueil et de prise en charge à prévoir et réalise une estimation des besoins complémentaires** (RH et matériel).

  ➔Livrables attendus :

  - **Plan d'action décrivant l'organisation envisagée pendant la période des JOP dans le cadre de la continuité d'activité et en cas de SSE** (niveau 1/continuité d'activité JOP et niveau 2/SSE)

  - **Demande éventuelle d'appui à faire remonter à la DGS** : Renforts RH (nombre d'ETP et profils) et/ou de matériel supplémentaires (type d'équipements souhaité et quantités).

➔**Echéance fixée : Février 2023**

Le schéma ci-dessous synthétise les différentes étapes à mener par les ARS accueillant entre 1 et 3 épreuves des JOP :

Description des missions attendues par les ARS des territoires n'accueillant aucune épreuve des JOP

Les ARS non directement impactées par l'événement[3] doivent se préparer à apporter un appui aux territoires accueillants des compétitions et à faire face le cas échéant à des flux touristiques inhabituels, notamment dans les communes labellisées « Terre de jeux 2024 » et les territoires accueillant des entrainements ou des fans zones.
Les 3 principales étapes à mener sont les suivantes :

- **Etape 1 :** l'ARS désigne **un point de contact JOP,** chargé d'assurer la coordination des travaux et l'interface avec les autorités et partenaires extérieurs.

  ➔Transmission du nom du point de contact au Secrétariat général (Corinne Pasquay + adresse mail)

  ➔**Echéance fixée : Mai 2022**

- **Etape 2 :** l'ARS établit un **état des lieux de la planification zonale, régionale et départementale** (dispositif ORSAN et Plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires, plans départementaux de mobilisation) et s'assure que les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles des établissements de santé du territoire sont à jour et opérationnels conformément aux dispositions de l'article R. 3131-13 du code de la santé publique.

  ➔Un tableau Excel visant à faciliter le recueil des données sera transmis aux point de contact de chaque ARS.

  ➔**Echéance fixée : Juin 2022**

- **Etape 3 :** L'ARS **identifie les capacités d'appui du territoire** en réalisant :

[3] Bretagne, Normandie, Occitanie, Corse, Centre Val de Loire, Grand-EST, Bourgogne franche comté

- Une **estimation des capacités de prise en charge dans les services de soins critiques,** qui seront disponibles pendant la période des JOP dans la perspective éventuelle de réaliser des EVASAN inter-régionales **;**

- Une **estimation des capacités de mobilisation des transporteurs sanitaires publics et privés au profit d'une autre région** (SAMU-Centre-15, ambulance et véhicule sanitaire léger) ;

- Un **état des lieux de l'opérationnalité des moyens tactiques des établissements de santé et dans le cadre du PZM, des capacités de projection des moyens matériels mobilisables** pendant la période des JOP : PSM2, 1, pédiatriques, respirateurs, EPI, tenues NRBC, etc.

- Une **estimation des capacités d'appui à l'ARS IDF pendant la période des Jeux Paralympiques** (renforts RH, prise en charge AMAVI, transporteurs sanitaires).

➔Echéance fixée : **Décembre 2022**

En fonction des besoins d'appui identifiés par les régions accueillant des compétitions, des protocoles de coopération inter-régionaux pourront être élaborés.

Les trois principales étapes à mener par les ARS des territoires n'accueillant aucune épreuve sont synthétisées ci-dessous :

Les équipes du Ministère des solidarités et de la santé se tiennent à votre disposition pour vous apporter l'appui nécessaire dans la mise en œuvre de ce dispositif de préparation (pour le SGCMAS, Mme Corinne Pasquay, pour la DGS, Mme Cécile Henry et M. Jérémie Carré et pour la DGOS, M. Pierre Charestan).

Pour le ministre et par délégation

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,

signé

Etienne CHAMPION

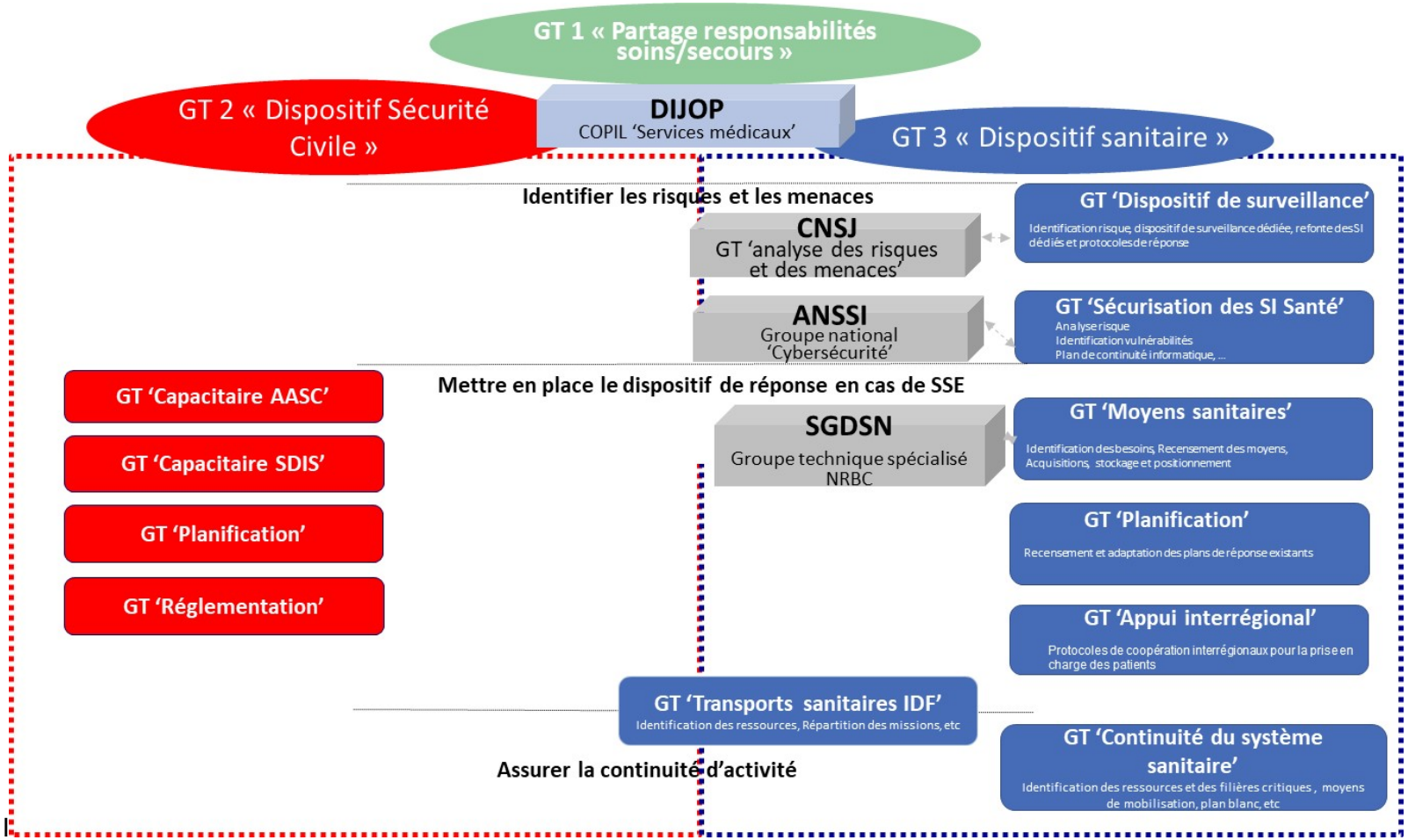
:
Le directeur général de la santé,

signé

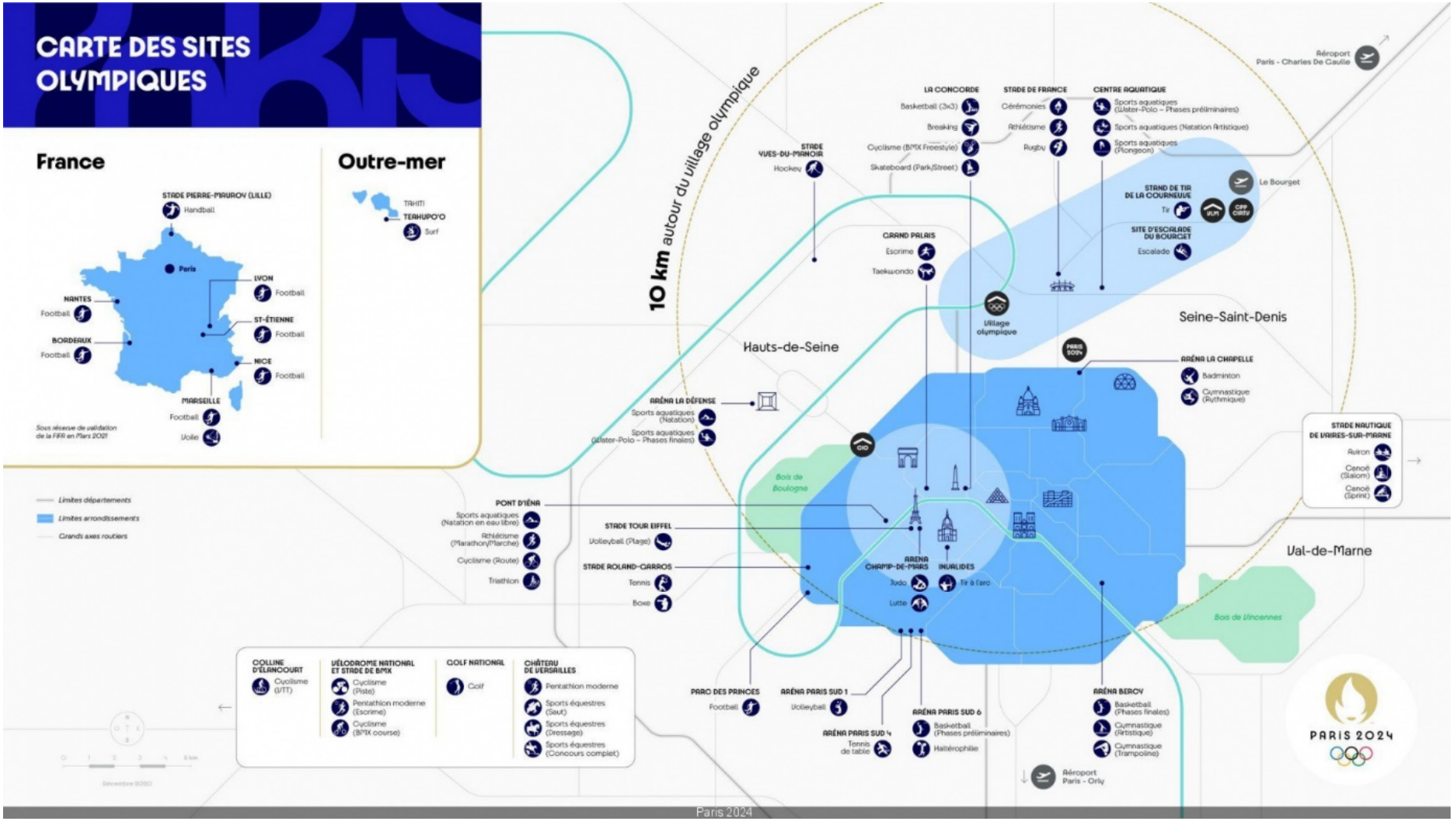
Jérome SALOMON

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNEXE 1



ANNEXE 2


CARTE DES SITES OLYMPIQUES
France
Outre-mer
STADE PIERRE-MAUROY (LILLE)
Handball
Paris
LYON
Football
NANTES
Football
ST-ÉTIENNE
Football
BORDEAUX
Football
NICE
Football
MARSEILLE
Football
Voile
TAHITI
TEAHUPO'O
Surf
Sous réserve de validation de la FFR en Mars 2021
Limites départements
Limites arrondissements
Grands axes routiers
10 km autour du village olympique
LA CONCORDE
Basketball (3x3)
Breaking
Cyclisme (BMX Freestyle)
Skateboard (Park/Street)
STADE DE FRANCE
Cérémonies
Athlétisme
Rugby
CENTRE AQUATIQUE
Sports aquatiques (Water-Polo – Phases préliminaires)
Sports aquatiques (Natation Artistique)
Sports aquatiques (Plongeon)
STADE YVES-DU-MANOIR
Hockey
STAND DE TIR DE LA COURNEUVE
Tir
SITE D'ESCALADE DU BOURGET
Escalade
Le Bourget
GRAND PALAIS
Escrime
Taekwondo
Village olympique
Seine-Saint-Denis
Hauts-de-Seine
ARÉNA LA CHAPELLE
Badminton
Gymnastique (Rythmique)
ARÉNA LA DÉFENSE
Sports aquatiques (Natation)
Sports aquatiques (Water-Polo – Phases finales)
STADE NAUTIQUE DE VAIRES-SUR-MARNE
Aviron
Canoë (Slalom)
Canoë (Sprint)
Bois de Boulogne
PONT D'IÉNA
Sports aquatiques (Natation en eau libre)
Athlétisme (Marathon/Marche)
Cyclisme (Route)
Triathlon
STADE TOUR EIFFEL
Volleyball (Plage)
STADE ROLAND-GARROS
Tennis
Boxe
ARÉNA CHAMP-DE-MARS
Judo
Lutte
INVALIDES
Tir à l'arc
Val-de-Marne
Bois de Vincennes
COLLINE D'ÉLANCOURT
Cyclisme (VTT)
VÉLODROME NATIONAL ET STADE DE BMX
Cyclisme (Piste)
Pentathlon moderne (Escrime)
Cyclisme (BMX course)
GOLF NATIONAL
Golf
CHÂTEAU DE VERSAILLES
Pentathlon moderne
Sports équestres (Saut)
Sports équestres (Dressage)
Sports équestres (Concours complet)
PARC DES PRINCES
Football
ARÉNA PARIS SUD 1
Volleyball
ARÉNA PARIS SUD 4
Tennis de table
ARÉNA PARIS SUD 6
Basketball (Phases préliminaires)
Haltérophilie
ARÉNA BERCY
Basketball (Phases finales)
Gymnastique (Artistique)
Gymnastique (Trampoline)
Aéroport Paris - Orly
Aéroport Paris - Charles De Gaulle
PARIS 2024
Paris 2024

Annexe 3

préparation des JOP 2024

recensement des plans de réponse sanitaires aux risques et menaces

région:

	plan	plan finalisé (oui/non) et si "non", date à laquelle il sera opérationnel	Date de la dernière mise à jour	pouvez-vous nous indiquer si votre plan est en cours de révision et la date à laquelle il sera finalisé
Dispositif ORSAN	ORSAN AMAVI			
	ORSEC MEDICO-PSY			
	ORSEC EPI-CLIM			
	ORSEC REB			
	ORSAN NRC			
plan de renfort	plan zonal de mobilisation des ressources sanitaires			

Agence de la biomédecine

Décision du 16 mai 2022 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 : SSAB2230431S

La directrice générale de l'Agence de la biomédecine,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2131-4-2, L. 6211-7, L. 6213-1 et suivants, 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° 2021-20 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 15 mai 2022 par Madame Sophie BROUILLET aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro ;

Vu le dossier déclaré complet le 16 mai 2022 ;

Considérant que Madame Sophie BROUILLET, pharmacienne autorisée à exercer la biologie médicale dans le domaine de la biologie de la reproduction, est notamment titulaire d'un doctorat en sciences biologiques et d'un master professionnel spécialité biologie de la reproduction humaine et assistance médicale à la procréation ; qu'elle a exercé les activités de diagnostic préimplantatoire au sein du laboratoire d'AMP-CECOS du Centre hospitalier universitaire de Grenoble-Alpes (Hôpital Couple-Enfant) entre 2011 et 2019 ; qu'elle exerce les activités de diagnostic préimplantatoire au sein du laboratoire de biologie de la reproduction du Centre hospitalier universitaire de Montpellier (Hôpital Arnaud DE VILLENEUVE) depuis 2019 ; qu'elle dispose d'un agrément pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro depuis 2017 ; 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

Madame Sophie BROUILLET est agréée au titre des articles R. 2131-22-2 et L. 6213-2 du code de la santé publique pour pratiquer le prélèvement cellulaire sur l'embryon obtenu par fécondation in vitro.

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 16 mai 2022.

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

Haute Autorité de santé

Décision n° 2022.0242/DP/SG du 16 mai 2022 portant délégation de signature (Service évaluation des médicaments)

NOR : HASX2230414S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

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

Vu le décret du président de la République du 4 décembre 2017 portant nomination de la présidente de la Haute Autorité de santé ;

Vu la décision n° 2009.03.007/DAGRI du collège de la Haute Autorité de santé en date du 18 mars 2009 relative à la détermination des conditions générales de passation des contrats, conventions et marchés,

Décide :

Article 1er

En cas d'absence ou d'empêchement de la cheffe du Service évaluation des médicaments, délégation est donnée à Madame Alice DESBIOLLES, son adjointe, à l'effet de signer au nom de la présidente de la Haute Autorité de santé, tout acte relatif au fonctionnement et l'activité de son service, dans la limite d'un montant maximum de 19 999 euros hors taxes par engagement.

Article 2

La présente décision prend effet le 16 mai 2022 et sera publiée sur le site internet de la Haute Autorité de santé ainsi qu'au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 16 mai 2022.

La présidente de la Haute Autorité de santé,
Pr Dominique LE GULUDEC

Agence de la biomédecine

Décision du 18 mai 2022 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 : SSAB2230432S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 17 mai 2022 par Monsieur Vincent GOUSSOT aux fins d'obtenir le renouvellement de son agrément pour pratiquer les analyses de génétique moléculaire ;

Vu le dossier déclaré complet le 18 mai 2022 ;

Considérant que Monsieur Vincent GOUSSOT, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un diplôme interuniversitaire d'oncogénétique ; qu'il exerce les activités de génétique au sein du département de biologie et pathologie des tumeurs du Centre de lutte contre le cancer François LECLERC (Dijon) depuis 2016 et en tant que praticien agréé depuis 2017 ; 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

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 18 mai 2022.

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

Agence de la biomédecine

Décision du 19 mai 2022 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 : SSAB2230433S

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° 2021-19 du 8 décembre 2021 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'agréments 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 délibération n° 2021-CO-44 du conseil d'orientation de l'Agence de la biomédecine en date du 18 novembre 2021 modifiant les critères d'agréments des praticiens ;

Vu la demande présentée le 18 mai 2022 par Madame Isabelle LAUDE-LEMAIRE 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 le dossier déclaré complet le 19 mai 2022 ;

Considérant que Madame Isabelle LAUDE-LEMAIRE, pharmacien biologiste, est notamment titulaire d'un diplôme d'études spécialisées de biologie médicale et d'un doctorat en biologie moléculaire et cellulaire ; qu'elle exerce les activités de génétique au sein du laboratoire de biologie du Centre hospitalier Sud Francilien (Corbeil-Essonnes) depuis 2002 et en tant que praticien agréée pour la génétique moléculaire non limitée depuis 2008 ; 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

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

Article 2

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

Article 3

Le directeur général adjoint chargé des ressources de l'Agence de la biomédecine est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 19 mai 2022.

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

Caisse nationale de l'assurance maladie

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : SSAX2230411X

Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins.
Direction déléguée aux opérations.
Direction déléguée des systèmes d'information.
Secrétariat général.
Direction régionale du service médical de la Martinique.

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

DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS)
DIRECTION DE L'OFFRE DE SOINS (DOS)
DEPARTEMENT DES PROFESSIONS DE SANTE (DPROF)

M. **Franck de RABAUDY**
Décision du 6 mai 2022

La délégation de signature accordée à M. Franck DE RABAUDY par décision du 17 août 2020 est abrogée au 30 avril 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DEPARTEMENT DES ACTES MEDICAUX

M. **Mickaël BENZAQUI**
Décision du 1er avril 2022

La délégation de signature accordée à M. Mickaël BENZAQUI par décision du 15 décembre 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Mickaël BENZAQUI, responsable du Département des actes médicaux, DDGOS/DOS, pour signer :

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

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Marjorie MAZARS**
Décision du 1er avril 2022

Délégation de signature est accordée à Mme Marjorie MAZARS, adjointe au responsable du Département des actes médicaux, DDGOS/DOS, pour signer :

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

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DELEGUEE AUX OPERATIONS (DDO)

M. **Pierre PEIX**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à M. Pierre PEIX par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Pierre PEIX, directeur délégué aux opérations, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction déléguée aux opérations ;
- les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- les courriers de suspension des délibérations des conseils et des décisions prises par les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie, des centres de traitements informatiques ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction déléguée ;
- 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 des dépenses, les titres de recettes, engagements, dégagements 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 à la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires, aux directions régionales du service médical, aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés ;
- la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux dont la Direction déléguée aux opérations est maître d'ouvrage.

En matière de budget de gestion, délégation est accordée à M. Pierre PEIX 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile de France et des caisses générales de sécurité sociale, des centres des traitements informatiques 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
    - les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), délégation est donnée à M. Pierre PEIX 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires daAssurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile 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 et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile 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,
  - section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
- 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, délégation est donnée à M. Pierre PEIX 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 dans la limite de 5 000 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions dans la limite de 2 000 000 € TTC ;

• la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux dans la limite d'un loyer annuel principal de 400 000 € TTC ;
• la notification aux organismes des autorisations 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, délégation est accordée à M. Pierre PEIX 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 € TTC, 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 allant jusqu'à 700 000 € TTC, 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 € TTC, après visa favorable préalable du directeur général,

- 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations, délégation de signature est accordée à M. Pierre PEIX pour signer tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, délégation générale de signature est consentie à M. Pierre PEIX.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

MISSION ANIMATION DU RESEAU MEDICAL (MAREM)

M. **Rémi PECAULT CHARBY**
Décision du 28 janvier 2022

Délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY, responsable de la Mission animation du réseau médical, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :

- la correspondance d'ordre interne émanant de la Mission animation du réseau médical ;
- les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Mission animation du réseau médical ;

• les attestations de participation à un programme de développement professionnel continu délivrées par la CNAM.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY pour signer :

• la correspondance courante émanant de la Direction déléguée aux opérations ;
• les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
• 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, des centres de traitements informatiques ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction déléguée ;
• 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 des dépenses, les titres de recettes, engagements, dégagements 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 à la Caisse régionale d'assurance maladie Ile-de-France, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires, aux directions régionales du service médical, aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France et des caisses générales de sécurité sociale, des centres des traitements informatiques 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
    ▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS) et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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 et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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,
  - section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles,
- 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY 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 € TTC, 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 allant jusqu'à 700 000 € TTC, 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 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux jusqu'à un loyer annuel principal de 250 000 € TTC ;

- la notification aux organismes des autorisations 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 du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY 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 € TTC, 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 allant jusqu'à 700 000 € TTC, 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 € TTC, après visa favorable préalable du directeur général ;
- 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Mission d'animation du réseau médical, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :
- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à M. Rémi PECAULT CHARBY pour signer tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC,
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

MISSION DE GESTION DES CADRES DIRIGEANTS (MGCD)

Mme **Maud BAUSIER-HOUIN**
Décision du 1er avril 2022

La délégation de signature accordée à Mme Maud BAUSIER-HOUIN par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 mars 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE LA RELATION CLIENTS ET DU MARKETING (DRCM)

Mme **Sandrine LORNE**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Sandrine LORNE par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE, directrice de la relation clients et du marketing, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction de la relation clients et du marketing ;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE 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, des centres de traitements informatiques ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction ;
- 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques, 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
  ▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE 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, 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'Ile-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 de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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,
- section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
• 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, 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 € TTC ;
- 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 du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;

• 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de la relation clients et du marketing, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du Directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Sandrine LORNE pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DES RESSOURCES, DE L'APPUI AU PILOTAGE ET DE LA CONTRACTUALISATION (DRAC)

Mme **Carole BLANC**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Carole BLANC par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC, directrice des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation ;
- les lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction concernée.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC 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 traitements informatiques ;
- 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion, en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques, 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
  - les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC 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, 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'Ile-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 de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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,
  - section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
- 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;

• la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, 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 € TTC ;
• 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, en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;

• 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC, pour signer :

• tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :

➢ lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.

• tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Carole BLANC pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

• des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
• des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
• des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DÉPARTEMENT DES FONDS NATIONAUX (DFN)

M. **Pascal LARUE**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à M. Pascal LARUE par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à M. Pascal LARUE, responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour signer :

• la correspondance courante du Département des fonds nationaux ;
• les enquêtes/questionnaires ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le Département concerné ;
• les inscriptions et modifications de crédits ainsi que les pièces comptables y afférentes concernant :
  - le Fonds national de gestion,
  - le Fonds des actions conventionnelles à l'exception de l'ordonnancement relatif à l'OGDPC,
  - le Fonds national d'action sanitaire et sociale,
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail,
  - le Fonds national de pénibilité.
• les ordres de dépenses autres que ceux portant sur les comptes SM 65515-265217, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant le FNASS.

En cas d'absence ou d'empêchement du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à M. Pascal LARUE, responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour signer :

• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation ;
• 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 ainsi que toutes pièces comptables concernant :
  - le Fonds national de gestion,
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail,
  - le Fonds des actions conventionnelles à l'exception de l'ordonnancement relatif à l'OGDPC,
  - le Fonds National de Pénibilité.

En matière de Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) et en cas d'absence ou d'empêchement simultané du directeur délégué aux opérations, et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation est accordée à M. Pascal LARUE, responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour :

- notifier les 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses du budget du FNASS pour lesquels il existe un principe de fongibilité ;
- 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.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention du FNASS et en cas d'absence ou d'empêchement simultané du directeur délégué aux opérations, et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation est accordée à M. Pascal LARUE, responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour :

- notifier 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 ;
- notifier 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.
- notifier 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.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Céline HUNAULT**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Céline HUNAULT par décision du 1er décembre 2020 est abrogée.

Délégation est accordée à Mme Céline HUNAULT, adjointe au responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour signer en cas d'absence ou d'empêchement du responsable du Département des fonds nationaux :

- la correspondance courante du département,
- les enquêtes/questionnaires,
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le département concerné,
- les inscriptions et modifications de crédits ainsi que les pièces comptables y afférentes concernant :
  - le Fonds national de gestion,
  - le Fonds des actions conventionnelles à l'exception de l'ordonnancement relatif à l'OGDPC,
  - le Fonds national d'action sanitaire et sociale,
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail.
- les ordres de dépenses autres que ceux portant sur les comptes SM 65515-265217, titres de recettes, ordres de reversement, engagements, dégagements et pièces justificatives correspondantes, ainsi que toute pièce comptable concernant le FNASS.

En cas d'absence ou d'empêchement simultané du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation et du responsable du Département des fonds nationaux, délégation est donnée à Mme Céline HUNAULT, adjointe au responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour signer :

- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction du réseau administratif et de la contractualisation ;
- 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 ainsi que toutes pièces comptables concernant :
  - le Fonds national de gestion,
  - le Fonds national de prévention des accidents du travail,
  - le Fonds des actions conventionnelles à l'exception de l'ordonnancement relatif à l'OGDPC.

En matière de Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) et en cas d'absence ou d'empêchement simultané du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation et du responsable du Département des fonds nationaux, délégation est accordée à Mme Céline HUNAULT, adjointe au responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour :

- notifier les 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie ;
- effectuer les virements de crédits à l'intérieur des groupes de dépenses du budget du FNASS pour lesquels il existe un principe de fongibilité ;
- 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.

En matière d'opérations immobilières relevant du budget d'intervention du FNASS délégation est accordée à Mme Céline HUNAULT, adjointe au responsable du Département des fonds nationaux, DDO/DRAC, pour :

• notifier 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 ;
• notifier 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 présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DEPARTEMENT DES BUDGETS DE GESTION ET DES ACHATS (DBGA)

M. **Patrick VINCENT**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à M. Patrick VINCENT par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation est accordée à M. Patrick VINCENT, responsable du Département des budgets de gestion et des achats, DDO/DRAC, pour signer :

• la correspondance courante émanant du Département des budgets de gestion et des achats ;
• les notifications aux organismes du réseau des autorisations de transferts de crédits entre enveloppes limitatives conformément aux règles définies dans les contrats pluriannuels de gestion ;
• 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, et aux centres de traitements informatiques, prises en exécution d'accords de principe signés de M. Pierre PEIX, directeur délégué aux opérations, de Mme Carole BLANC, directrice des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DEPARTEMENT DE L'IMMOBILIER ET DE L'ENVIRONNEMENT (DIE)

Mme **Brigitte JAUNY**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Brigitte JAUNY par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation est accordée à Mme Brigitte JAUNY, responsable du Département de l'immobilier et de l'environnement, DDO/DRAC, pour signer :

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

En cas d'absence ou d'empêchement simultané du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation est accordée à Mme Brigitte JAUNY, responsable du Département de l'immobilier et de l'environnement, pour signer :

- la correspondance générale du Département de l'Immobilier et de l'environnement à l'exclusion des lettres adressées aux ministères de tutelle ;
- la notification aux organismes autres que les UGECAM 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 € ;
- 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 décisions de prise à bail lorsque le prix du loyer annuel principal est inférieur ou égal à 250 000 € ;
- la notification aux organismes autres que les UGECAM des décisions de désignation des maîtres d'œuvre et autres intervenants relative aux opérations immobilières ;
- 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 avis 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 autres que les UGECAM des ouvertures de crédit relatives aux opérations immobilières autorisées et dans la limite des autorisations de programme qui leur ont été attribuées.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE L'INTERVENTION SOCIALE ET DE L'ACCES AUX SOINS (DISAS)

Mme **Fanny RICHARD**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Fanny RICHARD par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :

• la correspondance courante émanant de la Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins ;
• les lettres-réseau et enquêtes/questionnaires ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD pour signer :

• la correspondance courante de la Direction délégué 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 traitements informatiques ;
• 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques, 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD 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, 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'Ile-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'Ile-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,
- section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
• 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, 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 € TTC ;
- 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 du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
- 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de l'intervention sociale et de l'accès aux soins, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :
- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Fanny RICHARD pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :
• des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
- actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
- mises au point,
- avenants.
• des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
• des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE L'ORGANISATION ET DE LA PERFORMANCE DE LA PRODUCTION (DOPP)

Mme **Bintou BOITÉ**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Bintou BOITÉ par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ, directrice de l'organisation et de la performance de la production, à la Direction déléguée aux opérations, pour signer :
• la correspondance courante de la Direction de l'organisation et de la performance de la production ;
• les lettres-réseau et enquêtes/questionnaires ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée ;

• la recette et la diffusion des produits informatiques nationaux 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 CNAM.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ 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 traitements informatiques ;
• 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'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques 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 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'investissements immobiliers et autres objets,
    ▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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 et la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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,
  - section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
- 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, 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 € TTC ;

• 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 du directeur délégué aux opérations du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
• 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de l'organisation et de la performance de la production, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ, pour signer :

- tout acte, décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :
- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Bintou BOITÉ pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.

• des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
• des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DE L'ACCOMPAGNEMENT DES OFFREURS DE SOINS (DAOS)

Mme **Maïdou MARCEAU**
Décision du 1er février 2022

Délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU, directrice de l'accompagnement des offreurs de soins, à la direction déléguée aux opérations, pour signer :

• la correspondance d'ordre interne émanant de la Direction de l'accompagnement des offreurs de soins ;
• les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction de l'accompagnement des offreurs de soins.

En cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

• la correspondance courante émanant de la Direction déléguée aux opérations ;
• les circulaires, lettres réseau et enquêtes/questionnaires ;
• 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, des centres de traitements informatiques ;
• la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction déléguée,
• 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 des dépenses, les titres de recettes, engagements, dégagements 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 à la Caisse régionale d'assurance maladie Ile-de-France, aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires, aux directions régionales du Service médical, , aux unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurances maladie et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, et des caisses générales de sécurité sociale, 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 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'investissements immobiliers et autres objets,
  ▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS) et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU 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, les budgets primitifs et rectificatifs des caisses primaires d'assurance maladie, de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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 et de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-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,
- section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
• 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU 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 € TTC, 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 allant jusqu'à 700 000 € TTC, 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 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de vente d'immeuble pour les cessions d'un montant allant jusqu'à 700 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, qui auront reçu préalablement le visa favorable du directeur général ;
- la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux jusqu'à un loyer annuel principal de 250 000 € TTC ;
- la notification aux organismes des autorisations 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 du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU 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 € TTC, 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 allant jusqu'à 700 000 € TTC, 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 € TTC, après visa favorable préalable du directeur général ;
- 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction de l'accompagnement des offreurs de soins, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,

- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Maïdou MARCEAU pour signer tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES DES RESEAUX (DRHR)

Mme **Marie-Gabrielle DUBREUIL**
Décision du 28 janvier 2022

La délégation de signature accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL, directrice des ressources humaines des réseaux, à la Direction délégué aux opérations, 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 cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL pour signer :

- la correspondance courante de la Direction délégué 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 traitements informatiques ;

• 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 dassurance retraite et de la santé au travail, à la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France, aux caisses générales de sécurité sociale, aux caisses primaires d'assurance maladie, aux directions régionales du Service médical, et aux centres de traitements informatiques, dans le cadre des fonds nationaux susvisés.

En matière de budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques 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 de l'assurance maladie 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'investissements immobiliers et autres objets,
▪ les dépenses d'investissements informatiques.

En matière de budget d'intervention (ASS), et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL 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, 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'Ile-de-France, des caisses générales de sécurité sociale, des centres de traitements informatiques, 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'Ile-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,
- section de fonctionnement relative aux actions conventionnelles.
• 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.

En matière d'opérations immobilières tertiaires relevant du budget de gestion, et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
• la notification aux organismes des décisions de prise à bail de locaux lorsque le prix du loyer annuel principal est supérieur à 250 000 € TTC, 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 € TTC ;
• 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 du directeur délégué aux opérations et du/de la directeur(rice) des ressources, de l'appui au pilotage et de la contractualisation, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC, 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 € TTC ;
- 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 commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la Direction des ressources humaines des réseaux, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL pour signer :

- tout acte décisoire relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat :
  - lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 5 millions € TTC.
- tout acte de gestion relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi qu'aux conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat sans limitation de seuil.

Les actes de gestion concernés s'entendent par opposition aux actes à caractère décisoire et comprennent notamment :

- les notes d'opportunités,
- les lettres d'invitation à soumissionner (ou de « consultation ») ou à participer au dialogue (procédures restreintes),
- les lettres de cadrage (dialogue compétitif),
- les lettres d'invitation à remettre une offre finale (procédures négociées),
- les demandes de compléments, précisions, clarifications, régularisation, adressées par la CNAM aux candidats ou soumissionnaires,
- les renseignements complémentaires apportés par la CNAM sur le dossier de consultation,
- les projets de rapport de présentation,
- les réponses aux demandes des motifs de rejet par les soumissionnaires non retenus,
- les demandes des certificats et attestations pour la vérification des interdictions de soumissionner aux candidats retenus (procédure restreinte) ou à l'attributaire (procédure ouverte).

En matière de commande publique, dans le cadre des opérations intéressant la Direction déléguée aux opérations et en cas d'absence ou d'empêchement du directeur délégué aux opérations, délégation de signature est accordée à Mme Marie-Gabrielle DUBREUIL pour signer à sa place tout acte relatif à la passation ou à l'exécution des contrats, avenants ainsi que les conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, à l'exception :

- des actes d'engagement des contrats dont le montant est supérieur à 10 millions € TTC ainsi que des actes attachés suivants :
  - actes de sous-traitance remis dès le stade des offres,
  - mises au point,
  - avenants.
- des conventions et/ou bons de commande auprès des centrales d'achat, supérieurs à 10 millions € TTC ;
- des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 10 millions € TTC.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION DELEGUEE DES SYSTEMES D'INFORMATION (DDSI)
DIRECTION DES OPERATIONS ET DU SERVICE CLIENTS (DOSC)

M. **Jean-Christophe BADIN**
Décision du 06 avril 2022 – *à effet au 02 mai 2022*

Délégation de signature est accordée à M. Jean-Christophe BADIN, directeur des opérations et du service clients, DDSI, pour signer :

- la correspondance courante de la Direction des opérations et du service clients ;
- la correspondance liée à la gestion des cartes et secrets ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction concernée.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale – Solidarité et prendra effet, à compter du 2 mai 2022.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

SECRÉTARIAT GENERAL (SG)
DIRECTION DE LA GESTION DES MOYENS
ET DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL (DGMET)
DEPARTEMENT DE L'ADMINISTRATION DES SITES DECONCENTRES (DASD)

Mme **Marie-Claude PAPINI**
Décision du 13 avril 2022

La délégation de signature accordée à Mme Marie-Claude PAPINI par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 mars 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Patricia ARDOUIN**
Décision du 1er mai 2022

La délégation de signature accordée à Mme Patricia ARDOUIN par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Patricia ARDOUIN, SG/DGMET/DASD pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAM au titre des sites de BORDEAUX/CAEN/EVREUX/LYON, dans le respect des enveloppes budgétaires allouées ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par les sites de BORDEAUX/CAEN/EVREUX/LYON.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Angélique DUINAT**
Décision du 1er mai 2022

La délégation de signature accordée à Mme Angélique DUINAT par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Angélique DUINAT, SG/DGMET/DASD, pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAM au titre des sites de DIJON/VALENCIENNES/TOUFFLERS, dans le respect des enveloppes budgétaires allouées ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par les sites de DIJON/VALENCIENNES/TOUFFLERS.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Fabienne GORON**
Décision du 13 avril 2022

La délégation de signature accordée à Mme Fabienne GORON par décision du 17 août 2020 est abrogée au 30 avril 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Marjorie POURBAIX**
Décision du 1er mai 2022

La délégation de signature accordée à Mme Marjorie THAI par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Marjorie POURBAIX, SG/DGMET/DASD pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAM au titre des sites de GRENOBLE/VALENCE, dans le respect des enveloppes budgétaires allouées ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par les sites de GRENOBLE/VALENCE.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Saliha CHELOUAH**
Décision du 1er mai 2022

La délégation de signature accordée à Mme Saliha CHELOUAH par décision du 17 août 2020 est abrogée.

Délégation de signature est accordée à Mme Saliha CHELOUAH, SG/DGMET/DASD pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAM au titre des sites de QUIMPER/RENNES, dans le respect des enveloppes budgétaires allouées ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par les sites de QUIMPER/RENNES.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

M. **Miguel PROTAT DEFRANCE**
Décision du 13 avril 2022

La délégation de signature accordée à M. Miguel PROTAT DEFRANCE par décision du 17 août 2020 est abrogée au 31 mars 2022 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Mme **Virginie SIWARSKI**
Décision du 1er mai 2022

Délégation de signature est accordée à Mme Virginie SIWARSKI, SG/DGMET/DASD, pour signer :

- les ordres de dépenses, titres de recettes, ordres de reversement, les pièces justificatives correspondantes ainsi que les pièces comptables, imputables sur le BEP de la CNAM au titre du site de TROYES, dans le respect des enveloppes budgétaires allouées ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par le site de TROYES.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL DE LA MARTINIQUE (DRSM)

Mme le Docteur **Florence LACROIX**
Décision du 10 avril 2022

Les délégations de signature accordées par décision en date du 12 mars 2021 à Mme le Docteur Florence LACROIX, médecin conseil régional par intérim à la Direction régionale du Service médical de la Martinique, sont abrogées à compter du 31 décembre 2021 au soir.

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Caisse nationale de l'assurance maladie

Délégation(s) de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : SSAX2230435X

Direction régionale du Service médical de Provence-Alpes-Côte d'Azur – Corse.
Direction régionale du Service médical du Grand Est.

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

DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL DE PROVENCE-ALPES COTE D'AZUR – CORSE (DRSM)

Mme le Docteur **Dominique CHATELIER**
Décision du 22 avril 2022

Les délégations de signature accordées par décision en date du 31 août 2020 à Mme Dominique CHATELIER, directrice-adjointe à la Direction régionale du Service médical de PACA-Corse, sont abrogées à compter du 14 mars 2022 au soir.

La présente décision sera publiée, au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

DIRECTION REGIONALE DU SERVICE MEDICAL DU GRAND EST (DRSM)

Mme le Docteur **Marie-Anne VEROT**
Décision du 22 avril 2022

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Marie-Anne VEROT, médecin conseil régional adjoint de la Direction régionale du Service médical du Grand-Est pour signer :

- la correspondance courante émanant de la Direction régionale du Service médical du Grand Est ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la Direction régionale du Service médical du Grand Est ;
- les autorisations de dépenses, les titres de recettes et les ordres de dépenses concernant les frais de fonctionnement de la Direction régionale du Service médical du Grand Est.

Délégation de signature est accordée à Mme le Docteur Marie-Anne VEROT, médecin conseil régional adjoint de la Direction régionale du Service médical du Grand Est, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 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 de recours employeurs.

La présente décision sera publiée, au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.
Signé : Thomas FATÔME, directeur général.

Caisse nationale de l'assurance maladie

Liste des agents de contrôle de la branche maladie ayant reçu l'autorisation provisoire ainsi que l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale

NOR : SSAX2230436K

Nom	Prénom	Date de naissance	Organisme	Date d'autorisation provisoire	Date d'agrément définitif	Date d'assermentation
FROHLIG	Karelle	22/06/1975	CPAM de L'AUDE	21/06/2021	08/04/2022	23/08/2021
VALIDE	Kenny	09/10/1992	CGSS de la GUYANE	05/07/2021	07/04/2022	23/10/2020
CARLINET	Océane	08/02/1997	CPAM du GERS	02/05/2022		
TAILLEPIERRE	Rudy	22/06/1974	CGSS de la GUADELOUPE	05/05/2022		