

# BULLETIN

## Officiel

Ministère des solidarités et de la santé

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

N° 2 – 15 mars 2020

**Plan de classement**

**Sommaire chronologique**

**Sommaire thématique**



**DIRECTION  
DE L'INFORMATION  
LÉGALE  
ET ADMINISTRATIVE**

26, rue Desaix  
75727 Paris Cedex 15

[www.dila.premier-ministre.gouv.fr](http://www.dila.premier-ministre.gouv.fr)

Directrice de la publication : Valérie Delahaye-Guillocheau, directrice de la direction des finances, des achats et des services

Rédactrice en chef : Catherine Baude, cheffe du bureau de la politique documentaire

Réalisation : SGMAS – DFAS – Bureau de la politique documentaire

14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01-40-56-45-44

ISSN 2427-9765

# Plan de classement

## Administration

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

## Santé

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

## Solidarités

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

## Protection sociale

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



# Sommaire chronologique

	Pages
	—
<b>28 janvier 2019</b>	
<b>Convention de délégation de gestion du 28 janvier 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>1</b>
<b>19 avril 2019</b>	
<b>Convention de délégation de gestion du 19 avril 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>5</b>
<b>1<sup>er</sup> octobre 2019</b>	
<b>Convention de service du 1<sup>er</sup> octobre 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>10</b>
<b>19 novembre 2019</b>	
<b>Arrêté du 19 novembre 2019</b> modifiant l'arrêté du 19 décembre 2018 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports .....	<b>15</b>
<b>18 décembre 2019</b>	
<b>Décision du 18 décembre 2019</b> portant agrément de la société Nimes Center pour une prestation d'hébergement de type « salle blanche » <i>via</i> la location d'espaces d'hébergement et baies de stockage de son datacenter avec des services associés de type connectivité et « hand and eyes » .....	<b>173</b>
<b>20 décembre 2019</b>	
<b>Arrêté du 20 décembre 2019</b> relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif ( <i>JORF</i> n° 0018 du 22 janvier 2020) .....	<b>179</b>
<b>30 décembre 2019</b>	
<b>Instruction n° DGOS/R1/2019/269 du 30 décembre 2019</b> relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé dans le cadre du plan investir pour l'hôpital .....	<b>162</b>
<b>31 décembre 2019</b>	
<b>Arrêté du 31 décembre 2019</b> portant désignation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports .....	<b>16</b>

## 1<sup>er</sup> janvier 2020

<b>Décision n° DS 2020-01 du 1<sup>er</sup> janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>19</b>
<b>Décision n° DS 2020-02 du 1<sup>er</sup> janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>20</b>

## 8 janvier 2020

<b>Décision n° DS 2020.03 du 8 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>21</b>
--	-----------

## 9 janvier 2020

<b>Décision n° DS 2020.04 du 9 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>22</b>
<b>Décision n° DS 2020-05 du 9 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>23</b>

## 13 janvier 2020

<b>Décision DG n° 647-2019 du 13 janvier 2020</b> portant création de la fonction de responsable de traitement opérationnel (RTO) et désignation des RTO.....	<b>24</b>
<b>Note d'information n° DGS/VSS1/2020/15 du 13 janvier 2020</b> relative à la diffusion de l'outil ARBOCARTO.....	<b>174</b>

## 14 janvier 2020

<b>Arrêté du 14 janvier 2020</b> modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé.....	<b>18</b>
<b>Arrêté du 14 janvier 2020</b> relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique .....	<b>164</b>

## 15 janvier 2020

<b>Instruction n° DSS/5B/2020/11 du 15 janvier 2020</b> relative à l'exonération de primes exceptionnelles prévue par l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.....	<b>206</b>
---	------------

## 16 janvier 2020

<b>Décision du 16 janvier 2020</b> désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier de Lens .....	<b>170</b>
--	------------

## 20 janvier 2020

<b>Instruction n° DGOS/DIR/DREES/DMSI/2020/12 du 20 janvier 2020</b> relative aux modalités d'enregistrement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).....	<b>44</b>
---	-----------

## 21 janvier 2020

<b>Arrêté du 21 janvier 2020</b> portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique.....	<b>166</b>
--	------------

## 22 janvier 2020

<b>Décision n° DS 2020.06 du 22 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang.....	<b>26</b>
--	-----------

## 23 janvier 2020

<b>Arrêté du 23 janvier 2020</b> portant nomination des membres du jury des épreuves classantes nationales anonymes et du concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2020-2021 .....	<b>40</b>
--	-----------

## 24 janvier 2020

<b>Instruction interministérielle n° SS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020</b> relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020 .....	<b>85</b>
---	-----------

## 28 janvier 2020

<b>Décision n° DS-2020-02 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>239</b>
<b>Décision n° DS-2020-03 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>240</b>
<b>Décision n° DS-2020-04 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>241</b>
<b>Décision n° DS 2020.07 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>27</b>
<b>Décision du 28 janvier 2020</b> désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier de Chaumont .....	<b>171</b>
<b>Note d'information n° DGOS/PF4/2020/18 du 28 janvier 2020</b> relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2020 .....	<b>133</b>

## 29 janvier 2020

<b>Décision n° 2020.0022/DP/SG du 29 janvier 2020</b> de la présidente de la Haute Autorité de santé portant modification de l'organisation générale des services .....	<b>28</b>
<b>Instruction n° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/2020/24 du 29 janvier 2020</b> relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs infirmiers définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et visant à améliorer la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire .....	<b>52</b>
<b>Note d'information n° DGOS/PF2/2020/22 du 29 janvier 2020</b> relative à la labellisation des centres de nutrition parentérale à domicile (NPAD) et enquête relative au prix des préparations et spécialités nécessaires à la NPAD auprès de ces centres .....	<b>156</b>

## 31 janvier 2020

<b>Arrêté du 31 janvier 2020</b> modifiant l'arrêté du 29 mai 2019 portant nomination des membres du haut conseil des professions paramédicales .....	<b>43</b>
<b>Arrêté du 31 janvier 2020</b> relatif à l'élection du président de la Conférence nationale de santé et des membres de la commission permanente .....	<b>172</b>

	Pages
<b>Instruction interministérielle n° DGEFP/MIC/DSS/DGCA/2020/26 du 31 janvier 2020</b> relative au guichet unique pour le spectacle vivant (Guso).....	215
<b>3 février 2020</b>	
<b>Arrêté du 3 février 2020</b> fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de novembre 2019 .....	83
<b>Décision n° 2020.0023/DP/SG du 3 février 2020</b> de la présidente de la Haute Autorité de santé portant nomination du référent déontologue.....	29
<b>7 février 2020</b>	
<b>Arrêté du 7 février 2020</b> portant nomination du directeur de la recherche de l'institut Gustave-Roussy, centre de lutte contre le cancer à Villejuif.....	169
<b>18 février 2020</b>	
<b>Instruction interministérielle n° DSS/SD2B/2020/33 du 18 février 2020</b> relative à la revalorisation au 1 <sup>er</sup> avril 2020 des prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et dans le département de Mayotte.....	242
<b>Non daté</b>	
<b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie .....	30
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	234
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	235
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	236
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	237
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche maladie-accidents du travail/maladies professionnelles 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 .....	238

# Sommaire thématique

Pages

## ADMINISTRATION

### *Administration générale*

<b>Convention de délégation de gestion du 28 janvier 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>1</b>
<b>Convention de délégation de gestion du 19 avril 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>5</b>
<b>Convention de service du 1<sup>er</sup> octobre 2019</b> relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH » .....	<b>10</b>

### *Administration centrale*

<b>Arrêté du 19 novembre 2019</b> modifiant l'arrêté du 19 décembre 2018 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports.....	<b>15</b>
<b>Arrêté du 31 décembre 2019</b> portant désignation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports.....	<b>16</b>

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

<b>Arrêté du 14 janvier 2020</b> modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé.....	<b>18</b>
<b>Décision n° DS 2020-01 du 1<sup>er</sup> janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>19</b>
<b>Décision n° DS 2020-02 du 1<sup>er</sup> janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>20</b>
<b>Décision n° DS 2020.03 du 8 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>21</b>
<b>Décision n° DS 2020.04 du 9 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>22</b>
<b>Décision n° DS 2020-05 du 9 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>23</b>
<b>Décision DG n° 647-2019 du 13 janvier 2020</b> portant création de la fonction de responsable de traitement opérationnel (RTO) et désignation des RTO.....	<b>24</b>
<b>Décision n° DS 2020.06 du 22 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>26</b>
<b>Décision n° DS 2020.07 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature à l'Établissement français du sang .....	<b>27</b>
<b>Décision n° 2020.0022/DP/SG du 29 janvier 2020</b> de la présidente de la Haute Autorité de santé portant modification de l'organisation générale des services .....	<b>28</b>

	Pages
<b>Décision n° 2020.0023/DP/SG du 3 février 2020</b> de la présidente de la Haute Autorité de santé portant nomination du référent déontologue.....	29
<b>Délégations de signature</b> de la Caisse nationale de l'assurance maladie .....	30

## SANTÉ

### *Professions de santé*

<b>Arrêté du 23 janvier 2020</b> portant nomination des membres du jury des épreuves classantes nationales anonymes et du concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2020-2021 .....	40
<b>Arrêté du 31 janvier 2020</b> modifiant l'arrêté du 29 mai 2019 portant nomination des membres du haut conseil des professions paramédicales .....	43
<b>Instruction n° DGOS/DIR/DREES/DMSI/2020/12 du 20 janvier 2020</b> relative aux modalités d'enregistrement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).....	44
<b>Instruction n° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/2020/24 du 29 janvier 2020</b> relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs infirmiers définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et visant à améliorer la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire .....	52

### *Établissements de santé*

<b>Arrêté du 3 février 2020</b> fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de novembre 2019 .....	83
<b>Instruction interministérielle n° SS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020</b> relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020 .....	85
<b>Note d'information n° DGOS/PF4/2020/18 du 28 janvier 2020</b> relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2020 .....	133
<b>Note d'information n° DGOS/PF2/2020/22 du 29 janvier 2020</b> relative à la labellisation des centres de nutrition parentérale à domicile (NPAD) et enquête relative au prix des préparations et spécialités nécessaires à la NPAD auprès de ces centres .....	156

### *Gestion*

<b>Instruction n° DGOS/R1/2019/269 du 30 décembre 2019</b> relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé dans le cadre du plan investir pour l'hôpital .....	162
--	-----

### *Personnel*

<b>Arrêté du 14 janvier 2020</b> relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique .....	164
<b>Arrêté du 21 janvier 2020</b> portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique.....	166
<b>Arrêté du 7 février 2020</b> portant nomination du directeur de la recherche de l'institut Gustave-Roussy, centre de lutte contre le cancer à Villejuif.....	169
<b>Décision du 16 janvier 2020</b> désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier de Lens .....	170
<b>Décision du 28 janvier 2020</b> désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier de Chaumont .....	171



## Santé publique

<b>Arrêté du 31 janvier 2020</b> relatif à l'élection du président de la Conférence nationale de santé et des membres de la commission permanente .....	<b>172</b>
<b>Décision du 18 décembre 2019</b> portant agrément de la société Nimes Center pour une prestation d'hébergement de type « salle blanche » via la location d'espaces d'hébergement et baies de stockage de son datacenter avec des services associés de type connectivité et « hand and eyes » .....	<b>173</b>

## Santé environnementale

<b>Note d'information n° DGS/VSS1/2020/15 du 13 janvier 2020</b> relative à la diffusion de l'outil ARBOCARTO.....	<b>174</b>
--	------------

## SOLIDARITÉS

### Établissements sociaux et médico-sociaux

<b>Arrêté du 20 décembre 2019</b> relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif ( <i>JORF</i> n° 0018 du 22 janvier 2020).....	<b>179</b>
--	------------

## PROTECTION SOCIALE

### Sécurité sociale : organisation, financement

<b>Instruction n° DSS/5B/2020/11 du 15 janvier 2020</b> relative à l'exonération de primes exceptionnelles prévue par l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.....	<b>206</b>
<b>Instruction interministérielle n° DGEFP/MIC/DSS/DGCA/2020/26 du 31 janvier 2020</b> relative au guichet unique pour le spectacle vivant (Guso).....	<b>215</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	<b>234</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	<b>235</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	<b>236</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.....	<b>237</b>
<b>Liste</b> des agents de contrôle de la branche maladie-accidents du travail/maladies professionnelles 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 .....	<b>238</b>

### *Accidents du travail*

<b>Décision n°DS-2020-02 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>239</b>
<b>Décision n°DS-2020-03 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>240</b>
<b>Décision n°DS-2020-04 du 28 janvier 2020</b> portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante .....	<b>241</b>

### *Prestations familiales*

<b>Instruction interministérielle n° DSS/SD2B/2020/33 du 18 février 2020</b> relative à la revalorisation au 1 <sup>er</sup> avril 2020 des prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et dans le département de Mayotte .....	<b>242</b>
--	------------

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES SPORTS

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

SERVICE DU PREMIER MINISTRE

#### **Convention de délégation de gestion du 28 janvier 2019 relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH »**

NOR : SSAX1930681X

Annule et remplace la Convention de délégation de gestion du 28 janvier 2019  
publiée au *BO* 2019/11

Entre :

La direction des systèmes d'information des ministères sociaux représentée par Hélène Brisset, directrice des systèmes d'informations, ci-après dénommée « les MSO »,

Et :

Les services du Premier ministre représentée par Serge Duval, directeur des services administratifs et financiers, ci-après dénommés « les SPM »,

Il est convenu ce qui suit :

#### GLOSSAIRE

CISIRH : centre interministériel de services Informatiques relatifs de Ressources Humaines.

RENOIRH : système d'information RH de gestion administrative et de préliquidation (HRAccess). Cette application est hébergée et maintenue par le CISIRH.

SOCLE-RH : base de données PostgreSQL, intégrant des scripts d'alimentation des données RENOIRH. Le CISIRH reverse quotidiennement (par code ministère) des exports de données aux utilisateurs de RENOIRH. Le principe de fonctionnement repose sur 2 modes d'alimentation et de synchronisation non exclusifs : Full (annule et remplace) ou Diff (différentiel depuis la dernière transmission).

Communauté : entités utilisatrices de RENOIRH se regroupant dans l'objectif de mutualiser ses moyens et compétences pour le développement et le maintien en condition opérationnelle du SOCLE-RH.

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

##### *Objet de la convention*

Dans le cadre de l'adoption de la solution RENOIRH en 2016 par les ministères sociaux, un système d'information SOCLE-RH a été construit par la DSI des MSO afin d'urbaniser et d'optimiser l'alimentation de ses applications ministérielles.

La présente convention propose d'entretenir conjointement le produit SOCLE-RH. Les conditions de fonctionnement seront régies par une gouvernance co-animée par les utilisateurs de RENOIRH et souhaitant former une communauté.

La convention est conclue en application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État entre les MSO, service délégataire et les SPM, service délégant.

Dans ce cadre, la convention précise en particulier les conditions dans lesquelles les SPM autorisent les MSO, en son nom et pour le compte de la communauté ou son propre compte, l'exécution de dépenses relevant de l'UO 00129-CAAC-CINF dont il est responsable.

## Article 2

### *Principes relatifs à la co-gestion du SOCLE-RH*

#### *Art. 2.1. Cadre général*

Le développement et la maintenance applicative du SOCLE-RH sont réalisés par un prestataire unique agissant dans le cadre d'un marché de TMA rattaché contractuellement aux MSO.

Les MSO mettent à disposition de la communauté des accès pour la gestion des tickets de maintenance (Mantis) et de la documentation projet (Sharepoint).

Les membres de la communauté conviennent de maintenir le SOCLE-RH à l'état de l'art, ainsi que le dictionnaire des données (pivot), en lien avec le CISIRH qui maintient la demie interface RENOIRH. Les membres participent aux travaux de spécifications et de recette, apportent leur expertise technique et participent au financement et à la sécurité du système. Il n'y a pas d'obligation minimale pour un membre.

Les versions du produit SOCLE-RH sont mises à la disposition des membres de la communauté par le prestataire.

Chaque membre réalise localement son instanciation (scripts, code source et base de données) et en assure l'hébergement, l'exploitation, la supervision et l'interfaçage<sup>1</sup> avec le CISIRH.

Il est convenu que le produit SOCLE-RH n'intégrera pas de développement spécifique à un membre.

La maintenance et les évolutions du SOCLE-RH porteront essentiellement sur :

- l'alignement aux évolutions du modèle de données RENOIRH ;
- l'obsolescence technique ;
- la sécurité du SI ;
- la conformité RGPD ;
- la performance ;
- l'assistance technique et le support du prestataire.

#### *Art. 2.2. Extensions particulières*

Complémentairement au SOCLE-RH, les MSO ont développé plusieurs services d'échanges afin de faciliter l'interfaçage avec d'autres applications ministérielles. Ces services sont regroupés dans un ensemble appelé SOCLE-RH-WS.

Ces demi-interfaces sont maintenues dans le cadre du même marché de TMA. La mutualisation de ces services est particulièrement intéressante dans le cadre d'interfaces avec des outils éditeur standards (ex : ValSolutions, Group Up, MCS Solutions,...).

Le périmètre de la convention peut donc être étendu à la maintenance corrective et évolutive de ces services connexes au SOCLE-RH. Les MSO fourniront à titre gracieux les versions en vigueur à date de signature.

Les membres intéressés participeront aux spécifications, recettes et documentations. La gouvernance associée sera identique à celle de SOCLE-RH.

## Article 3

### *Durée de la convention et marché*

La présente convention prend effet à la date de signature par les deux parties.

Elle est conclue jusqu'à la date de fin de marché de TMA portée par les MSO pour la maintenance du SOCLE-RH.

Marché MIRIAD :

- CHORUS n° 1300127220 notifié le 6 septembre 2017 ;
- titulaire : Netapsys ;
- fin prévisionnelle : 5 septembre 2021.

---

<sup>1</sup> L'abonnement au transfert de données RENOIRH → SOCLE-RH est encadré par une convention de service reliant un utilisateur RENOIRH et le CISIRH.

## Article 4

### *Rôles et responsabilités des parties*

Les MSO assurent le portage du marché et la relation contractuelle relative aux conditions générales du marché.

Les SPM et les MSO participent à la gouvernance de la communauté, s'engagent solidairement à l'animation et au financement de la maintenance du SOCLE-RH, conformément aux articles 5, 6 et 7 de la présente convention.

Le principe communautaire repose sur l'intérêt indivisible d'entretenir et de jouir du patrimoine applicatif SOCLE-RH. Chaque membre décide des formes et mesures de sa contribution : ressources, expertises, financement. Il n'est fixé aucune contribution minimale.

## Article 5

### *Gouvernance de la maintenance du SOCLE-RH*

Un comité de suivi trimestriel (COSUI) a été mis en place début 2018. Il réunit les représentants de chaque membre de la communauté et le prestataire de TMA.

Le comité est chargé de suivre les demandes d'évolution, d'arbitrer sur les priorités et le financement et de définir la feuille de route du produit.

Le secrétariat peut être assuré par un membre de la communauté, ou par le prestataire à défaut.

En cas de désaccord, le COSUI pourra convoquer un comité de pilotage exceptionnel (COPIL) réunissant les représentants signataires de la présente convention.

## Article 6

### *Dispositions financières*

Les SPM s'engagent à mettre à disposition, sur l'UO 0129-CAAC-CINF, dès signature de la convention, les crédits nécessaires à la réalisation des prestations demandées par les SPM, dans la limite d'un plafond annuel de dépenses de 50 000 € en AE et en CP.

Les SPM seront destinataires d'un suivi régulier et détaillé des consommations en AE/CP fourni par les MSO dans le cadre de la présente convention.

Le COSUI sera en charge de consolider l'ensemble des engagements réalisés par les membres de la communauté et de déterminer les prévisions budgétaires pour l'année N+1.

La nature des prestations commandées pourra couvrir :

- communément à tous les membres, la réalisation d'études ou de développement d'évolutions relatifs au SOCLE-RH mutualisé ;
- en propre à l'un des membres, une assistance technique sur site et/ou forfait de maintien en condition opérationnelle (MCO).

## Article 7

### *Exécution de la dépense*

Les SPM confient au service délégataire (les MSO) la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention et approuvée en COSUI.

La saisie et la validation dans le système d'information financière CHORUS des actes de dépense relevant de la présente convention sont effectuées selon les modalités en vigueur pour les autres actes de dépense du délégataire (les MSO).

Le comptable assignataire des dépenses est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) placé auprès du service délégataire (les MSO).

Les MSO procèdent aux demandes d'habilitations CHORUS nécessaires à la mise en œuvre des modalités d'exécution financière prévues par la présente convention.

## Article 8

### *Imputations*

Les dépenses visées par la présente convention sont imputées sur le programme 129.

La codification dans CHORUS des données d'imputation spécifiques aux dépenses visées par la présente convention est la suivante :

Centre financier	0129-CAAC-CPRO
Domaine fonctionnel	0129-10-01
Activité	12900071104 – Domaine Ressources Humaines
Centre de coûts	SPMDSI0075

## Article 9

### *Publication, modification et dénonciation de la convention*

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

Une notification écrite de la décision de résiliation ainsi que l'information des contrôleurs budgétaires et comptables ministériels sont nécessaires.

Un exemplaire de la présente convention sera communiqué aux contrôleurs budgétaires et comptables ministériels.

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

Fait en double exemplaire, le 28 janvier 2019.

Pour les MSO :

*La directrice des systèmes d'information,*

HÉLÈNE BRISSET

Copie pour information :

- les CBCM ;
- le CISIRH.

Pour les SPM :

*Le directeur,*

SERGE DUVAL

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DES SPORTS

Pôle ministériel composé du ministère de la transition écologique et solidaire  
et du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales

#### **Convention de délégation de gestion du 19 avril 2019 relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH »**

NOR : SSAX1930682X

Annule et remplace la convention de délégation de gestion du 19 avril 2019  
publiée au *BO* 2019/11

Entre :

La direction des systèmes d'information des ministères sociaux, représentée par Mme Hélène Brisset, directrice des systèmes d'informations, ci-après dénommée « les MSO »,

Et :

Le pôle ministériel composé du ministère de la transition écologique et solidaire et du ministère de la cohésion des territoires et des relations avec les collectivités territoriales, représentée par M. Ronald Davies, chef du service des politiques support et des systèmes d'information - SPSSI, ci-après dénommé(e) « Le MTES »,

Il est convenu ce qui suit :

#### GLOSSAIRE

CISIRH : centre interministériel de services informatiques relatifs de ressources humaines.

RENOIRH : système d'information RH de gestion administrative et de préliquidation (HRAccess). Cette application est hébergée et maintenue par le CISIRH.

SOCLE-RH : base de données PostgreSQL, intégrant des scripts d'alimentation des données RENOIRH. Le CISIRH reverse quotidiennement (par code ministère) des exports de données aux utilisateurs de RENOIRH. Le principe de fonctionnement repose sur 2 modes d'alimentation et de synchronisation non exclusifs : Full (annule et remplace) ou Diff (différentiel depuis la dernière transmission).

Communauté : entités utilisatrices de RENOIRH se regroupant dans l'objectif de mutualiser ses moyens et compétences pour le développement et le maintien en condition opérationnelle du SOCLE-RH.

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

##### *Objet de la convention*

Dans le cadre de l'adoption de la solution RENOIRH en 2016 par les ministères sociaux, un système d'information SOCLE-RH a été construit par la DSI des MSO afin d'urbaniser et d'optimiser l'alimentation de ses applications ministérielles.

La présente convention propose d'entretenir conjointement le produit SOCLE-RH. Les conditions de fonctionnement seront régies par une gouvernance co-animée par les utilisateurs de RENOIRH et souhaitant former une communauté.

La convention est conclue en application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État entre les MSO, service délégataire et le MTES, service délégant.

Dans ce cadre, la convention précise en particulier les conditions dans lesquelles le MTES autorise les MSO, en son nom et pour le compte de la communauté ou son propre compte, l'exécution de dépenses relevant de l'UO 0217-FACS-ASOC dont il est responsable.

## Article 2

### *Principes relatifs à la co-gestion du SOCLE-RH*

#### *Art. 2.1. Cadre général*

Le développement et la maintenance applicative du SOCLE-RH sont réalisés par un prestataire unique agissant dans le cadre d'un marché de TMA rattaché contractuellement aux MSO.

Les MSO mettent à disposition de la communauté des accès pour la gestion des tickets de maintenance (Mantis) et de la documentation projet (Sharepoint).

Les membres de la communauté conviennent de maintenir le SOCLE-RH à l'état de l'art, ainsi que le dictionnaire des données (pivot), en lien avec le CISIRH qui maintient la demie interface RENOIRH. Les membres participent aux travaux de spécifications et de recette, apportent leur expertise technique et participent au financement et à la sécurité du système. Il n'y a pas d'obligation minimale pour un membre.

Les versions du produit SOCLE-RH sont mises à la disposition des membres de la communauté par le prestataire.

Chaque membre réalise localement son instanciation (scripts, code source et base de données) et en assure l'hébergement, l'exploitation, la supervision et l'interfaçage<sup>1</sup> avec le CISIRH.

Il est convenu que le produit SOCLE-RH n'intégrera pas de développement spécifique à un membre.

La maintenance et les évolutions du SOCLE-RH porteront essentiellement sur :

- l'alignement aux évolutions du modèle de données RENOIRH ;
- l'obsolescence technique ;
- la sécurité du SI ;
- la conformité RGPD ;
- la performance ;
- l'assistance technique et le support du prestataire.

## Article 2.2

### *Art. 2.2. Extensions particulières*

Sans objet. Une extension du périmètre reste possible sous réserve de l'accord des parties prenantes.

## Article 3

### *Durée de la convention et marché*

La présente convention prend effet à la date de signature par les deux parties.

Elle est conclue jusqu'à la date de fin de marché de TMA portée par les MSO pour la maintenance du SOCLE-RH.

Marché MIRIAD :

- CHORUS n° 1300127220, notifié le 6 septembre 2017 ;
- titulaire : Netpasys ;
- fin prévisionnelle : 5 septembre 2021.

---

<sup>1</sup> L'abonnement au transfert de données RENOIRH → SOCLE-RH est encadré par une convention de service reliant un utilisateur RENOIRH et le CISIRH.



## Article 4

### *Rôles et responsabilités des parties*

Les MSO assurent le portage du marché et la relation contractuelle relative aux conditions générales du marché.

Le MTES et les MSO participent à la gouvernance de la communauté, s'engagent solidairement à l'animation et au financement de la maintenance du SOCLE-RH, conformément aux articles 5, 6 et 7 de la présente convention.

Le principe communautaire repose sur l'intérêt indivisible d'entretenir et de jouir du patrimoine applicatif SOCLE-RH. Chaque membre décide des formes et mesures de sa contribution : ressources, expertises, financement. Il n'est fixé aucune contribution minimale.

## Article 5

### *Gouvernance de la maintenance du SOCLE-RH*

Un comité de suivi trimestriel (COSUI) a été mis en place début 2018. Il réunit les représentants de chaque membre de la communauté et le prestataire de TMA.

Le comité est chargé de suivre les demandes d'évolution, d'arbitrer sur les priorités, le financement et de définir la feuille de route du produit.

La validation d'une évolution devra faire consensus, c'est-à-dire un accord positif et unanime (sans opposition formelle) de l'ensemble des membres signataires de la convention, représentés par le responsable de la convention ou le responsable opérationnel désignés en annexe.

Le secrétariat peut être assuré par un membre de la communauté, ou par le prestataire à défaut.

En cas de désaccord, le COSUI pourra convoquer un comité de pilotage exceptionnel (COPIL) réunissant les représentants signataires de la présente convention.

## Article 6

### *Dispositions financières*

Le MTES s'engage à mettre à disposition, sur l'UO 0217-FACS-ASOC, dès signature de la convention, les crédits nécessaires à la réalisation des prestations demandées par Le MTES, dans la limite d'un plafond annuel de dépenses de 200 000 € en AE et en CP.

Le MTES sera destinataire d'un suivi régulier et détaillé des consommations en AE/CP fourni par les MSO dans le cadre de la présente convention.

Le COSUI sera en charge de consolider l'ensemble des engagements réalisés par les membres de la communauté et de déterminer les prévisions budgétaires pour l'année N + 1.

La nature des prestations commandées pourra couvrir :

- communément à tous les membres, la réalisation d'études ou de développement d'évolutions relatifs au SOCLE-RH mutualisé ;
- en propre à l'un des membres, une assistance technique sur site et/ou forfait de maintien en condition opérationnelle (MCO).

## Article 7

### *Exécution de la dépense*

Le MTES confie au service délégataire (les MSO) la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention et approuvée en COSUI.

La saisie et la validation dans le système d'information financière CHORUS des actes de dépense relevant de la présente convention sont effectuées selon les modalités en vigueur pour les autres actes de dépense du délégataire (les MSO).

Le comptable assignataire des dépenses est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) placé auprès du service délégataire (les MSO).

Les MSO procèdent aux demandes d'habilitations CHORUS nécessaires à la mise en œuvre des modalités d'exécution financière prévues par la présente convention.

## Article 8

### *Imputations*

Les dépenses visées par la présente convention sont imputées sur le programme 217 « Conduite et pilotage des politiques de l'écologie, du développement et de la mobilité durables ».

La codification dans CHORUS des données d'imputation spécifiques aux dépenses visées par la présente convention est la suivante :

Centre financier	0217-FACS-ASOC
Domaine fonctionnel	2017-04-09
Activité	021701010157
Centre de coûts	SGD SIAS 092

## Article 9

### *Publication, modification et dénonciation de la convention*

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

Une notification écrite de la décision de résiliation ainsi que l'information des contrôleurs budgétaires et comptables ministériels sont nécessaires.

Un exemplaire de la présente convention sera communiqué aux contrôleurs budgétaires et comptables ministériels.

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

Fait en double exemplaire, le 19 avril 2019.

Pour les MSO :

*La direction des système d'information,*

HÉLÈNE BRISSET

Pour le MTES :

*Le chef de service SPSSI,*

RONALD DAVIES

Copie pour information :

- Les CBCM ;
- Le CISIRH.

## ANNEXE

Les signataires signaleront à leur partenaire, le cas échéant, tout changement d'acteurs tels que désignés ci-après.

L'annexe pourra être actualisée sans que cela nécessite une mise à jour de la convention.

### LISTE DES CONTACTS

	POUR LES MSO	POUR LE MTES
Responsable de la convention	Nicolas CHOSSON <a href="mailto:nicolas.chosson@sg.social.gouv.fr">nicolas.chosson@sg.social.gouv.fr</a> 07 62 24 41 77	Anthony MEAUZOONE <a href="mailto:anthony.meauzoone@developpement-durable.gouv.fr">anthony.meauzoone@developpement-durable.gouv.fr</a>
Responsable opérationnel SOCLE-RH	Jean-Claude DAVID-TRACAZ <a href="mailto:jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr">jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr</a>	Jean-Philippe ATTAL <a href="mailto:jean-philippe.attal@developpement-durable.gouv.fr">jean-philippe.attal@developpement-durable.gouv.fr</a>
Responsable technique SOCLE-RH	Jean-Claude DAVID-TRACAZ <a href="mailto:jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr">jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr</a>	Jean-Philippe ATTAL <a href="mailto:jean-philippe.attal@developpement-durable.gouv.fr">jean-philippe.attal@developpement-durable.gouv.fr</a>
Responsable SOCLE-RH-WS	Monji BEN HASSINE <a href="mailto:monji.ben-hassine@sg.social.gouv.fr">monji.ben-hassine@sg.social.gouv.fr</a>	
Urbaniste		Sébastien OLAIZOLA <a href="mailto:sebastien.olaizola@developpement-durable.gouv.fr">sebastien.olaizola@developpement-durable.gouv.fr</a>
Contact RSSI	Sébastien RUFFIER <a href="mailto:sebastien.ruffier@sg.social.gouv.fr">sebastien.ruffier@sg.social.gouv.fr</a>	Serge GUILBAUD (DRH) <a href="mailto:serge.guilbaud@developpement-durable.gouv.fr">serge.guilbaud@developpement-durable.gouv.fr</a> Philippe JASTRZEBSKI (DSI) <a href="mailto:philippe.jastrzebski@developpement-durable.gouv.fr">philippe.jastrzebski@developpement-durable.gouv.fr</a>
Contact administratif et financier	Marc DIJOUX <a href="mailto:marc.dijoux@sg.social.gouv.fr">marc.dijoux@sg.social.gouv.fr</a>	Frédéric DAMIENS <a href="mailto:frederic.damiens@developpement-durable.gouv.fr">frederic.damiens@developpement-durable.gouv.fr</a>

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION GÉNÉRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES SPORTS

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Météo-France

### **Convention de service du 1<sup>er</sup> octobre 2019 relative à la mutualisation du système d'information « SOCLE-RH »**

NOR : SSAX1930861X

Entre :

La direction des systèmes d'information des ministères sociaux représentée par Hélène BRISSET, directrice des systèmes d'informations, ci-après dénommée « les MSO »,

Et :

Météo-France représentée par Virginie SCHWARTZ, présidente-directrice générale ou son représentant, ci-après dénommé(e) « MF »,

Il est convenu ce qui suit :

#### GLOSSAIRE

CISIRH : centre interministériel de services informatiques relatifs de ressources humaines.

RENOIRH : Système d'information RH de gestion administrative et de préliquidation (HRAccess). Cette application est hébergée et maintenue par le CISIRH.

SOCLE-RH : base de données PostgreSQL, intégrant des scripts d'alimentation des données RENOIRH. Le CISIRH reverse quotidiennement (par code ministère) des exports de données aux utilisateurs de RENOIRH. Le principe de fonctionnement repose sur 2 modes d'alimentation et de synchronisation non exclusifs : Full (annule et remplace) ou Diff (différentiel depuis la dernière transmission).

Communauté : entités utilisatrices de RENOIRH se regroupant dans l'objectif de mutualiser ses moyens et compétences pour le développement et le maintien en condition opérationnelle du SOCLE-RH.

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

##### *Objet de la convention*

Dans le cadre de l'adoption de la solution RENOIRH en 2016 par les ministères sociaux, un système d'information SOCLE-RH a été construit par la DSI des MSO afin d'urbaniser et d'optimiser l'alimentation de ses applications ministérielles.

La présente convention propose d'entretenir conjointement le produit SOCLE-RH. Les conditions de fonctionnement seront régies par une gouvernance co-animée par les utilisateurs de RENOIRH et souhaitant former une communauté.

La convention est conclue en application du décret n° 2004-1085 du 14 octobre 2004 relatif à la délégation de gestion dans les services de l'État entre les MSO, service délégataire et MF, service délégant.

Dans ce cadre, la convention précise en particulier les conditions de remboursement par MF de prestations de maintenance informatique engagées en son nom par délégation et pour le compte de la communauté ou son propre compte.

## Article 2

### *Principes relatifs à la co-gestion du SOCLE-RH*

#### *Art. 2.1. Cadre général*

Le développement et la maintenance applicative du SOCLE-RH sont réalisés par un prestataire unique agissant dans le cadre d'un marché de TMA rattaché contractuellement aux MSO.

Les MSO mettent à disposition de la communauté des accès pour la gestion des tickets de maintenance (Mantis) et de la documentation projet (Sharepoint).

Les membres de la communauté conviennent de maintenir le SOCLE-RH à l'état de l'art, ainsi que le dictionnaire des données (pivot), en lien avec le CISIRH qui maintient la demi-interface RENOIRH. Les membres participent aux travaux de spécifications et de recette, apportent leur expertise technique et participent au financement et à la sécurité du système. Il n'y a pas d'obligation minimale pour un membre.

Les versions du produit SOCLE-RH sont mises à la disposition des membres de la communauté par le prestataire.

Chaque membre réalise localement son instanciation (scripts, code source et base de données) et en assure l'hébergement, l'exploitation, la supervision et l'interfaçage<sup>1</sup> avec le CISIRH.

Il est convenu que le produit SOCLE-RH n'intégrera pas de développement spécifique à un membre.

La maintenance et les évolutions du SOCLE-RH porteront essentiellement sur :

- l'alignement aux évolutions du modèle de données RENOIRH ;
- l'obsolescence technique ;
- la sécurité du SI ;
- la conformité RGPD ;
- la performance ;
- l'assistance technique et le support du prestataire.

#### *Art. 2.2. Extensions particulières*

Complémentairement au SOCLE-RH, les MSO ont développé plusieurs services d'échanges afin de faciliter l'interfaçage avec d'autres applications ministérielles. Ces services sont regroupés dans un ensemble appelé SOCLE-RH-WS.

Ces demi-interfaces sont maintenues dans le cadre du même marché de TMA. La mutualisation de ces services est particulièrement intéressante dans le cadre d'interfaces avec des outils éditeur standards (Ex : ValSolutions, Group Up, MCS Solutions, ...).

Le périmètre de la convention peut donc être étendu à la maintenance corrective et évolutive de ces services connexes au SOCLE-RH. Les MSO fourniront à titre gracieux les versions en vigueur à date de signature.

MF pourra participer aux spécifications, recettes et documentations. La gouvernance associée sera identique à celle de SOCLE-RH.

## Article 3

### *Durée de la convention et marché*

La présente convention prend effet à la date de signature par les deux parties.

Elle est conclue jusqu'à la date de fin de marché de TMA portée par les MSO pour la maintenance du SOCLE-RH.

Marché MIRIAD :

- CHORUS n° 1300127220, notifié le 6 septembre 2017 ;
- titulaire : Netapsys ;
- fin prévisionnelle : 5 septembre 2021.

---

<sup>1</sup> L'abonnement au transfert de données RENOIRH → SOCLE-RH est encadré par une convention de service reliant un utilisateur RENOIRH et le CISIRH

## Article 4

### *Rôles et responsabilités des parties*

Les MSO assurent le portage du marché et la relation contractuelle relative aux conditions générales du marché.

MF et les MSO participent à la gouvernance de la communauté, s'engagent à l'animation et au financement de la maintenance du SOCLE-RH, conformément aux articles 5, 6 et 7 de la présente convention.

Le principe communautaire repose sur l'intérêt indivisible d'entretenir et de bénéficier du patrimoine applicatif SOCLE-RH. Chaque membre décide des formes et mesures de sa contribution : ressources, expertises, financement. Il n'est fixé aucune contribution minimale.

## Article 5

### *Gouvernance de la maintenance du SOCLE-RH*

Un comité de suivi trimestriel (COSUI) a été mis en place début 2018. Il réunit les représentants de chaque membre de la communauté et le prestataire de TMA.

Le comité est chargé de suivre les demandes d'évolution, d'arbitrer sur les priorités, le financement et de définir la feuille de route du produit.

La validation d'une évolution devra faire consensus, c'est-à-dire un accord positif et unanime (sans opposition formelle) de l'ensemble des membres signataires de la convention, représentés par le responsable de la convention ou le responsable opérationnel désignés en annexe.

En cas de désaccord, le COSUI pourra convoquer un comité de pilotage exceptionnel (COPIL) réunissant les représentants signataires de la présente convention.

## Article 6

### *Dispositions administratives et financières*

Les besoins de maintenance et d'assistance sont programmés par MF dans le cadre des prestations prévues au marché de TMA décrit dans l'article 3. Toute prestation fait l'objet d'un devis et requiert l'acceptation préalable de MF avant d'être engagée.

Les bons de commandes sont émis par les MSO auprès du titulaire. MF assure la réception et le suivi des prestations et informe les MSO de la bonne exécution du service fait.

Les MSO assurent le suivi des dépenses financières engagées pour le compte de MF qui s'engage à les rembourser. Aucun frais de gestion n'est prélevé par les MSO. Les MSO émettront des titres de perception vers MF. Ces titres de perception seront émis pour le montant TTC à rembourser aux MSO sans mention de TVA.

Le COSUI sera en charge de consolider l'ensemble des engagements réalisés par les membres de la communauté et de déterminer les prévisions budgétaires pour l'année N+1.

Le plafond annuel maximal de dépenses dans le cadre de la présente convention est fixé à 10000 € TTC.

En année N, MF communiquera aux MSO ses besoins prévisionnels de dépenses pour l'année N+1.

MF sera destinataire d'un suivi régulier et détaillé des engagements et état de facturation fourni par les MSO dans le cadre de la présente convention.

La nature des prestations commandées pourra couvrir :

- communément à tous les membres, la réalisation d'études ou de développement d'évolutions relatifs au SOCLE-RH mutualisé ;
- en propre à l'un des membres, une assistance technique sur site et/ou forfait de maintien en condition opérationnelle (MCO).

## Article 7

### *Exécution de la dépense et conditions de remboursement*

MF confie au service délégataire (les MSO) la signature ou la validation des actes de dépense pris dans le cadre de l'exécution de la présente convention, approuvée en COSUI ou par le représentant MF de la convention.

Pour le remboursement, les MSO émettent un titre de perception à hauteur des sommes en cause au bénéfice du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative ».

MF s'acquitte du versement des sommes dues auprès du service chargé du recouvrement figurant dans le titre de perception.

Les versements sont réalisés par l'agent comptable MF sur l'initiative de l'ordonnateur MF (ordre ou mandat de paiement) dans le délai réglementaire de 30 jours.

Pour les MSO :

- l'ordonnateur est la directrice de la DSI ;
- le comptable assignataire des dépenses est le contrôleur budgétaire et comptable ministériel (CBCM) placé auprès du service délégataire (Les MSO) ;
- le BOP/UO concerné est : 0124-CDSI-APNU.

Pour MF :

- la personne responsable du suivi d'exécution de la présente convention est le directeur de la DSI ou son représentant. Il est l'interlocuteur du partenaire pour la réalisation des prestations faisant l'objet de la présente convention ;
- l'ordonnateur des dépenses de la direction des systèmes d'information est la présidente-directrice générale de Météo-France ou son délégataire ;
- Le comptable assignataire des dépenses de la direction des systèmes d'information est l'agent comptable secondaire de Toulouse.

#### Article 8

##### *Publication, modification et dénonciation de la convention*

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

Une notification écrite de la décision de résiliation ainsi que l'information des contrôleurs budgétaires et comptables ministériels sont nécessaires.

Un exemplaire de la présente convention sera communiqué aux contrôleurs budgétaires et comptables.

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

Fait en double exemplaire, le 1<sup>er</sup> octobre 2019.

Pour les MSO :

*La directrice des systèmes d'information,*  
HÉLÈNE BRISSET

Pour MF :

Pour la présidente-directrice générale :  
*Le secrétaire général,*  
PHILIPPE GONZALEZ

Copie pour information :

- les contrôleurs budgétaires et comptables ;
- le CISIRH.

## ANNEXE

Les signataires signaleront à leur partenaire, le cas échéant, tout changement d'acteurs tels que désignés ci-après.

L'annexe pourra être actualisée sans que cela nécessite une mise à jour de la convention.

### LISTE DES CONTACTS

	POUR LES MSO	POUR MF
Responsable de la convention	Nicolas CHOSSON <a href="mailto:nicolas.chosson@sg.social.gouv.fr">nicolas.chosson@sg.social.gouv.fr</a> 07 62 24 41 77	Daniel DURE directeur des systèmes d'information, <a href="mailto:daniel.dure@meteo.fr">daniel.dure@meteo.fr</a> Karim DRICI responsable du département informatique de gestion et support, <a href="mailto:karim.drici@meteo.fr">karim.drici@meteo.fr</a>
Responsable opérationnel SOCLE-RH	Jean-Claude DAVID-TRACAZ <a href="mailto:jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr">jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr</a>	Olivier MILLAN <a href="mailto:olivier.millan@meteo.fr">olivier.millan@meteo.fr</a>
Responsable technique SOCLE-RH	Jean-Claude DAVID-TRACAZ <a href="mailto:jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr">jean-claude.david-tracaz@sg.social.gouv.fr</a>	Olivier MILLAN <a href="mailto:olivier.millan@meteo.fr">olivier.millan@meteo.fr</a>
Responsable SOCLE-RH-WS	Monji BEN HASSINE <a href="mailto:monji.ben-hassine@sg.social.gouv.fr">monji.ben-hassine@sg.social.gouv.fr</a>	Olivier MILLAN <a href="mailto:olivier.millan@meteo.fr">olivier.millan@meteo.fr</a>
Urbaniste		
Contact RSSI	Sébastien RUFFIER <a href="mailto:sebastien.ruffier@sg.social.gouv.fr">sebastien.ruffier@sg.social.gouv.fr</a>	Yassine KADRI <a href="mailto:yassine.kadri@meteo.fr">yassine.kadri@meteo.fr</a>
Contact administratif et financier	Marc DIJOUX <a href="mailto:marc.dijoux@sg.social.gouv.fr">marc.dijoux@sg.social.gouv.fr</a>	Philippe GONZALEZ secrétaire général, <a href="mailto:philippe.gonzalez@meteo.fr">philippe.gonzalez@meteo.fr</a> Daniel REMONT agent comptable secondaire de Toulouse <a href="mailto:daniel.remont@meteo.fr">daniel.remont@meteo.fr</a>



## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DES SPORTS

**Arrêté du 19 novembre 2019 modifiant l'arrêté du 19 décembre 2018 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports**

NOR : SSAR1930859A

La ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et la ministre des sports;

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

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 modifié relatif aux comités techniques et dans les administrations et les établissements publics de l'État;

Vu le décret n° 2018-406 du 29 mai 2018 relatif à différents comités techniques et comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail placés auprès des ministres chargés de l'éducation nationale, de la jeunesse, des sports, des affaires sociales, de la santé, du travail et de l'emploi;

Vu l'arrêté du 6 juin 2018 relatif aux modalités d'organisation du vote électronique par internet des personnels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail, de l'emploi, de la jeunesse et des sports pour l'élection des représentants des personnels au comité technique d'administration centrale unique institué auprès du directeur des ressources humaines des ministères sociaux et aux commissions administratives paritaires du secteur santé-affaires sociales pour les élections fixées du 29 novembre 2018 au 6 décembre 2018;

Vu l'arrêté du 19 décembre 2018 portant désignation des représentants du personnel au comité technique unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports,

Arrêtent:

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

À l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté susvisé, M. Stéphane JOUSSEAUME, affecté à la direction de l'information et de la communication, remplace en tant que membre titulaire du comité technique unique d'administration centrale M. Raphaël COMBEAU (titulaire).

#### Article 2

Le directeur des ressources humaines des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux *Bulletins officiels* santé, protection sociale, solidarité, travail, emploi et jeunesse et sports.

Fait le 19 novembre 2019.

Pour les ministres et par délégation:  
*Le directeur des ressources humaines,*  
PASCAL BERNARD

## ADMINISTRATION

### ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE  
ET DE LA JEUNESSE

MINISTÈRE DES SPORTS

**Arrêté du 31 décembre 2019 portant désignation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports**

NOR : SSAR1930857A

La ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse et la ministre des sports,

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

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

Vu le décret n° 2011-184 du 15 février 2011 relatif aux comités techniques dans les administrations et les établissements publics de l'État;

Vu le décret n° 2018-406 du 29 mai 2018 relatif à différents comités techniques et comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail placés auprès des ministres chargés de l'éducation nationale, de la jeunesse, des sports, des affaires sociales, de la santé, du travail et de l'emploi;

Vu l'arrêté du 21 février 2019 portant composition du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 21 février 2019 fixant la liste des organisations syndicales habilitées à désigner des représentants au sein du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports;

Vu l'arrêté du 12 mars 2019 portant désignation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports;

Sur proposition des organisations syndicales,

Arrêtent:

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

L'article 3 de l'arrêté du 12 mars 2019 portant désignation des représentants du personnel au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail unique d'administration centrale institué dans les départements ministériels relevant des ministres chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports est modifié ainsi qu'il suit:

#### **Syndicat UNSA**

##### *Membre titulaire*

Mme Léonide CESAIRE, en décharge totale d'activité de service, en remplacement de M. Raphaël COMBEAU.

Article 2

Le directeur des ressources humaines des ministères chargés des affaires sociales et de la santé, du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des sports est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié aux *Bulletins officiels* santé, protection sociale, solidarité, travail, emploi et jeunesse et sports.

Fait le 31 décembre 2019.

Pour les ministres et par délégation:  
*La sous-directrice du pilotage des ressources,  
du dialogue social et du droit des personnes,*  
MARIE-FRANÇOISE LEMAITRE

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 14 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation  
des membres du comité national de concertation des agences régionales de santé**

NOR : SSAR2030011A

La ministre des solidarités et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment son article R.1432-126 ;  
Vu l'arrêté du 4 août 2016 portant désignation des membres du comité national de concertation  
des agences régionales de santé ;  
Vu la demande de l'organisation syndicale SNFOCOS du 13 janvier 2020,

Arrête :

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

À l'article 2 de l'arrêté susvisé sont nommés au comité national de concertation des agences  
régionales de santé :

M. José ROBINOT, ARS Grand Est en qualité de membre titulaire, en remplacement de M. Olivier  
BADOUIN, ARS Occitanie.

M. Eric DONNADIEU, ARS Occitanie, en qualité de membre suppléant, en remplacement de  
M. José ROBINOT, ARS Grand Est.

#### Article 2

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

Fait le 14 janvier 2020.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur des ressources humaines,*  
PASCAL BERNARD

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2020-01 du 1<sup>er</sup> janvier 2020 portant délégation de signature  
à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAK2030020S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-4, R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2017-49 en date du 18 décembre 2017 nommant Mme Béatrice MEUNIER aux fonctions de secrétaire générale de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2019-32 en date du 31 décembre 2019 nommant M. Frédéric BIGEY aux fonctions de directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu la délibération n° 2018-08 *bis* du conseil d'administration de l'Établissement français du sang en date du 6 juillet 2018,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Frédéric BIGEY, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la passation, la conclusion et l'exécution, y compris le choix du titulaire et la signature, des marchés publics de travaux et services associés relatifs à l'opération de réhabilitation du site de Nantes Hôtel Dieu sis 34, boulevard Jean-Monnet à Nantes (44000).

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Frédéric BIGEY, délégation est donnée à Mme Béatrice MEUNIER, secrétaire générale de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

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

Fait le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2020-02 du 1<sup>er</sup> janvier 2020 portant délégation de signature  
à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAK2030021S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-4, R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2017-49 en date du 18 décembre 2017 nommant Mme Béatrice MEUNIER aux fonctions de secrétaire générale de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2019-32 en date du 31 décembre 2019 nommant M. Frédéric BIGEY aux fonctions de directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu la délibération n° 2018-08 *bis* du conseil d'administration de l'Établissement français du sang en date du 6 juillet 2018,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Frédéric BIGEY, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la passation, la conclusion et l'exécution, y compris le choix du titulaire et la signature, des marchés publics de travaux et services associés relatifs à l'opération de réhabilitation du site de Tours Bretonneau sis 2, boulevard Tonnellé à Tours (37000).

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Frédéric BIGEY, délégation est donnée à Mme Béatrice MEUNIER, secrétaire générale de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

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

Fait le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

#### **Décision n° DS 2020.03 du 8 janvier 2020 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAK2030017S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-4, R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2017-46 en date du 18 décembre 2017 nommant M. Azzedine ASSAL en qualité de directeur de l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine ;

Vu la décision du président de l'Établissement français du sang n° N 2019-46 en date du 20 décembre 2019 nommant M. Philippe JURET en qualité de secrétaire général de l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine ;

Vu la délibération n° 2018-08 *bis* du conseil d'administration de l'Établissement français du sang en date du 6 juillet 2018,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Azzedine ASSAL, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la passation, la conclusion et l'exécution, y compris le choix du titulaire et la signature, des marchés publics de travaux et services associés relatifs à l'opération de fiabilisation et sécurisation des réseaux de distribution d'énergie électrique HTA et BT.

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Azzedine ASSAL, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine, délégation est donnée à M. Philippe JURET, secrétaire général de l'établissement de transfusion sanguine Nouvelle-Aquitaine, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

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

Fait le 8 janvier 2020.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

#### **Décision n° DS 2020.04 du 9 janvier 2020 portant délégation de signature à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAK2030019S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2016.02 du président de l'Établissement français du sang en date du 11 janvier 2016 nommant M. Nicolas MERLIERE dans ses fonctions de secrétaire général de l'établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu la décision n° N 2019.38 du président de l'Établissement français du sang en date du 31 décembre 2019 nommant M. Christophe BESIERS dans ses fonctions de directeur de l'établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté ;

Vu, en application de l'article R. 1222-6 du code de la santé publique, la délibération n° 2018-08 *bis* du conseil d'administration en date du 6 juillet 2018 portant délégation de pouvoir au président de l'Établissement français du sang,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Christophe BESIERS, directeur de l'établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la vente de l'immeuble, sis 6, rue du Docteur-Jean-François-Xavier-Girod à Besançon (25000) sur parcelles cadastrales MN 83, 84, 87, 88 et 253.

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Christophe BESIERS, directeur de l'établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, délégation est donnée à M. Nicolas MERLIERE, secrétaire général de l'établissement français du sang Bourgogne-Franche-Comté, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

La présente décision annule et remplace la décision n° DS 2019-36.

#### Article 4

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

Fait le 9 janvier 2020.

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



## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2020-05 du 9 janvier 2020 portant délégation de signature  
à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAK2030018S

Le président de l'Établissement français du sang,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 1222-6 et R. 1222-8 ;

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2017.49 du président de l'Établissement français du sang en date du 18 décembre 2017 nommant Mme Béatrice MEUNIER dans ses fonctions de secrétaire général de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu la décision n° N 2019.32 du président de l'Établissement français du sang en date du 31 décembre 2019 nommant M. Frédéric BIGEY dans ses fonctions de directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire ;

Vu, en application de l'article R. 1222-6 du code de la santé publique, la délibération n° 2018-08 *bis* du conseil d'administration en date du 6 juillet 2018 portant délégation de pouvoir au président de l'établissement français du sang,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Frédéric BIGEY, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, tous les actes liés à la vente de l'immeuble, sis 5, rue des Chênes à Luisant (28600).

#### Article 2

En cas d'absence et d'empêchement de M. Frédéric BIGEY, directeur de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, délégation est donnée à Mme Béatrice MEUNIER, secrétaire générale de l'établissement de transfusion sanguine Centre-Pays de la Loire, à l'effet de signer, au nom du président de l'Établissement français du sang, les mêmes actes que ceux visés en article 1<sup>er</sup>.

#### Article 3

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

Fait le 9 janvier 2020.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

Agence nationale de santé publique  
Santé publique France

#### **Décision DG n° 647-2019 du 13 janvier 2020 portant création de la fonction de responsable de traitement opérationnel (RTO) et désignation des RTO**

NOR : SSAX2030022S

La directrice générale de l'Agence nationale de santé publique,

Vu le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données - RGPD) ;

Vu le code de la santé publique, notamment son chapitre III du titre I<sup>er</sup> du livre IV de la première partie ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu le décret du 29 octobre 2019 portant nomination de la directrice générale de santé publique France, l'Agence nationale de santé publique, Mme Geneviève CHENE,

Décide :

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

Dans le cadre de la mise en conformité de l'agence au règlement général sur la protection des données (RGPD), est décidée la création de la fonction de responsable de traitement opérationnel (« RTO »).

Le RTO est responsable d'assurer la conformité des traitements de données à caractère placés sous sa responsabilité, aux lois et règlements applicables, de leur conception à leur arrêt. Il s'assure du respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des procédures internes relatives aux traitements de données à caractère personnel, par les agents ou par les tiers intervenant dans la conception et la mise en œuvre du traitement.

Il veille notamment au respect des principes de minimisation des données, de limitation des finalités et des durées, de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des droits des personnes concernées.

Le RTO signale dans les plus brefs délais toute violation des données à caractère personnel selon la procédure à cet effet.

#### Article 2

La fonction de RTO est assurée par :

- les responsables de cellule régionale de Santé publique France pour les traitements de données conçus et mis en œuvre par les agents sous leur responsabilité ;
- les responsables d'unité pour les traitements conçus et mis en œuvre par les agents sous leur responsabilité.

En l'absence d'un responsable de cellule régionale ou de responsable d'unité, la fonction de RTO est exercée par le directeur ou l'adjoint au directeur sous l'autorité duquel sont placés les agents concevant et mettant en œuvre les traitements de données à caractère personnel pour le compte de Santé publique France.

#### Article 3

Le RTO et le directeur dont il dépend sont habilités à signer tout acte relatif à la mise en œuvre d'un traitement de données à caractère personnel ou d'une modification de ce traitement, dès lors que le traitement ou sa modification ont fait l'objet d'une validation selon les procédures internes à l'agence et que le montant financier associé à ces actes n'excèdent pas celui pour lequel délégation de signature leur a été donnée.

Article 4

La présente décision prendra effet à compter du 15 janvier 2020.

Article 5

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

Fait le 13 janvier 2020.

*La directrice générale,*  
GENEVIÈVE CHENE

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2020.06 du 22 janvier 2020 portant délégation de signature  
à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAX2030028S

Le président de l'Établissement français du sang,  
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1222-5 et R. 1222-8 ;  
Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang,

Décide :

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

Délégation est donnée à M. Romain THEVENON, directeur des ressources humaines du siège et gestion des cadres dirigeants, à l'effet de signer au nom du président de l'Établissement français du sang, dans la limite de ses attributions et sous réserve du respect du règlement intérieur des marchés de l'Établissement français du sang, les actes suivants :

- a) Pour les marchés publics de la direction des ressources humaines du siège et gestion des cadres dirigeants d'un montant inférieur à 90 000 € HT :
  - les décisions relatives au choix du titulaire d'un marché public ou à la fin d'une procédure de passation (infructuosité, sans suite) et les rapports de présentation ;
  - les engagements contractuels ;
  - les actes relatifs à l'exécution de ces marchés publics, excepté leur résiliation.
- b) Pour les marchés publics de la direction des ressources humaines du siège et gestion des cadres dirigeants d'un montant compris entre 90 000 € HT et 144 000 € HT, les actes relatifs à l'exécution de ces marchés publics, excepté leur résiliation.
- c) Pour les besoins de prestations d'intérim du siège, les contrats de mise à disposition de personnels intérimaires.

#### Article 2

La présente décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité, entre en vigueur à compter de sa publication.

Fait le 22 janvier 2019.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

EFS  
Établissement français du sang

**Décision n° DS 2020.07 du 28 janvier 2020 portant délégation de signature  
à l'Établissement français du sang**

NOR : SSAX2030033S

Le président de l'Établissement français du sang,

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

Vu le décret du 16 octobre 2017 portant nomination du président de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2018-06 du président de l'Établissement français du sang du 26 mars 2018 nommant M. Jacques BERTOLINO aux fonctions de directeur général adjoint ressources et performance de l'Établissement français du sang ;

Vu la décision n° N 2019-13 du président de l'Établissement français du sang en date du 5 juillet 2019 nommant Mme Cathy BLIEM-LISZAK au fonctions de directrice générale adjointe chaîne transfusionnelle, thérapies et développement de l'Établissement français du sang,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

Délégation est donnée à Mme Cathy BLIEM-LISZAK, directrice générale adjointe chaîne transfusionnelle, thérapies et développement, et à M. Jacques BERTOLINO, directeur général adjoint ressources et performance, de l'Établissement français du sang, à l'effet de signer, dans la limite de leurs attributions respectives, tous les actes nécessaires à la continuité du service public de la transfusion sanguine du 10 au 11 février 2020 inclus.

Article 2

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

Fait le 28 janvier 2019.

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

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS  
Haute Autorité de santé

**Décision n° 2020.0022/DP/SG du 29 janvier 2020 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant modification de l'organisation générale des services**

NOR : HASX2030038S

La présidente du collège de la Haute Autorité de santé,  
Vu les articles L. 161-37 et suivants et R. 161-79 du code de la sécurité sociale ;  
Vu l'avis du CHSCT du 25 juin 2019 ;  
Vu l'avis du CHSCT du 20 septembre 2019 ;  
Vu les avis du comité d'entreprise des 30 avril et 25 juin 2019,

Décide :

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

La décision n° 2018.0103/DP/SG du 21 mars 2018 de la présidente de la Haute Autorité de santé portant organisation générale des services est modifiée comme suit :

L'article 2-2-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2-2-2 : Le service certification des établissements de santé (SCES) est chargé de piloter les procédures de certification et de suivi des établissements de santé, de l'animation du réseau des experts-visiteurs et de l'instruction des propositions de décision de certification, de la production de connaissances au bénéfice de la qualité et de la gestion des risques des établissements de santé.

Il est composé de trois secteurs :

- un secteur consacré à la production : pilotage des démarches de certification de établissements de santé ;
- un secteur consacré aux fonctions « support » à cette production comme la programmation des visites et la planification des équipes de visite, les ressources d'experts-visiteurs et leur formation ;
- un secteur consacré aux autres activités nécessaires au pilotage de l'activité dans son ensemble et notamment la gestion des risques et de la qualité du dispositif de management de la certification, l'information avec les relations extérieures et l'analyse et la performance (capitalisation des données de certification). »

#### Article 2

Le directeur général de la Haute Autorité de santé est chargé de l'exécution de la présente décision, qui prendra effet le 1<sup>er</sup> février 2020 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 janvier 2020.

*La présidente,*  
Pr DOMINIQUE LE GULUDEC

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

HAS  
Haute Autorité de santé

**Décision n° 2020.0023/DP/SG du 3 février 2020 de la présidente de la Haute Autorité de santé  
portant nomination du référent déontologue**

NOR : HASX2030039S

La présidente de la Haute Autorité de santé,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, notamment ses articles 25 *nonies* et 25 *octies* modifiés par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique ;

Vu le décret n° 2020-69 du 30 janvier 2020 relatif aux contrôles déontologiques dans la fonction publique, notamment son article 1<sup>er</sup>,

Décide :

Article 1<sup>er</sup>

M. Daniel LUDET est nommé référent déontologue pour les agents de la Haute Autorité de santé.

Article 2

La présente décision prend effet le 3 février 2020 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 février 2020.

*La présidente de la Haute Autorité de santé,*  
Pr DOMINIQUE LE GULUDEC

## ADMINISTRATION

### AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNAM  
Caisse nationale de l'assurance maladie

#### Délégations de signature de la Caisse nationale de l'assurance maladie

NOR : SSAX2030040X

Direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté.

Direction régionale du service médical de Bretagne.

Direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire.

Direction régionale du service médical de Guadeloupe.

Direction régionale du service médical de Guyane.

Direction régionale du service médical des Hauts-de-France.

Direction régionale du service médical d'Île-de-France.

Direction régionale du service médical de La Réunion.

Direction régionale du service médical de Martinique.

Direction régionale du service médical de Normandie.

Direction régionale du service médical des Pays de la Loire.

Le directeur général, M. Nicolas REVEL, délègue sa signature à des agents de la caisse dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

#### DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ (DRSM)

##### M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE par décision en date du 17 novembre 2017 sont abrogées.

Délégation est donnée à M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté ;
- 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 de Bourgogne-Franche-Comté.

Délégation est accordée à M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.



Délégation de signature est accordée à M. le Docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Marc VANDENDRIESSCHE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bourgogne-Franche-Comté, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

#### DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE BRETAGNE (DRSM)

##### **M. le docteur Pierre-Alain ALADEL**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL par décision en date du 28 avril 2017 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bretagne, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de Bretagne ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de Bretagne ;
- 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 de Bretagne.

Délégation est accordée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bretagne, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de Bretagne, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;

- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pierre-Alain ALADEL, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Bretagne, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

#### DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DU CENTRE-VAL DE LOIRE (DRSM)

##### **Mme le docteur Sophie RUGGIERI**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à Mme le docteur Sophie RUGGIERI par décision en date du 25 mai 2018 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire ;
- 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 Centre-Val de Loire.

Délégation est accordée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical du Centre-Val de Loire, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Sophie RUGGIERI, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical du Centre Val de Loire, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

**DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE GUADELOUPE (DRSM)**

**Mme le Docteur Florence LACROIX**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à Mme le docteur Florence LACROIX par décision en date du 5 février 2016 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Florence LACROIX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guadeloupe, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de la Guadeloupe ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de la Guadeloupe ;
- 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 de la Guadeloupe.

Délégation est accordée à Mme le docteur Florence LACROIX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guadeloupe, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Florence LACROIX, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de la Guadeloupe, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Florence LACROIX, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Florence LACROIX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Guadeloupe, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE GUYANE (DRSM)

**Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA par intérim**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA par décision en date du 13 mars 2019 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA, médecin-conseil régional par intérim de la direction régionale du service médical de la Guyane, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de la Guyane ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de la Guyane ;
- 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 de la Guyane.

Délégation est accordée à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA, médecin-conseil régional par intérim de la direction régionale du service médical de la Guyane, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de la Guyane, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Pascale PEYRE-COSTA, médecin-conseil régional par intérim de la direction régionale du service médical de la Guyane, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DES HAUTS-DE-FRANCE (DRSM)

**Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER par décision en date du 7 octobre 2015 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Hauts-de-France, pour signer

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical des Hauts-de-France ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical des Hauts-de-France ;
- 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 des Hauts-de-France.

Délégation est accordée à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Hauts-de-France, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical des Hauts-de-France, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Claude GADY-CHERRIER, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Hauts-de-France, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL D'ÎLE-DE-FRANCE (DRSM)

**M. le docteur Pascal NICOLLE**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Pascal NICOLLE par décision en date du 29 mars 2018 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pascal NICOLLE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical d'Île-de-France, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical d'Île-de-France ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical d'Île-de-France ;
- 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 d'Île-de-France.

Délégation est accordée à M. le docteur Pascal NICOLLE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical d'Île-de-France, en matière de budget de gestion, pour effectuer



les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pascal NICOLLE, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical d'Île-de-France, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pascal NICOLLE, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Pascal NICOLLE, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical d'Île-de-France, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE LA RÉUNION (DRSM)

**M. le docteur Jean-François GOMEZ**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Jean-François GOMEZ par décision en date du 24 septembre 2018 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-François GOMEZ, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Réunion, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de La Réunion ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de La Réunion ;
- 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 de La Réunion.

Délégation est accordée à M. le docteur Jean-François GOMEZ, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de La Réunion, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-François GOMEZ, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de La Réunion, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-François GOMEZ, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-François GOMEZ, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de La Réunion, pour signer, au nom du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

#### DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE MARTINIQUE (DRSM)

#### **M. le docteur Jacques MALROUX**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Jacques MALROUX par décision en date du 21 octobre 2015 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jacques MALROUX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Martinique, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de la Martinique ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de la Martinique ;
- 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 de la Martinique.

Délégation est accordée à M. le docteur Jacques MALROUX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Martinique, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jacques MALROUX, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de la Martinique, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jacques MALROUX, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;

- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam,
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jacques MALROUX, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de la Martinique, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DE NORMANDIE (DRSM)

**Mme le docteur Patricia PEYCLIT**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à Mme le docteur Patricia PEYCLIT par décision en date du 25 mai 2018 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Patricia PEYCLIT, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Normandie, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical de Normandie ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical de Normandie ;
- 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 de Normandie.

Délégation est accordée à Mme le docteur Patricia PEYCLIT, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Normandie, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Patricia PEYCLIT, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical de Normandie, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Patricia PEYCLIT, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à Mme le docteur Patricia PEYCLIT, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical de Normandie, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

DIRECTION RÉGIONALE DU SERVICE MÉDICAL DES PAYS DE LA LOIRE (DRSM)

**M. le docteur Jean-Paul PRIEUR**

Décision du 24 janvier 2020

Les délégations de signature accordées à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR par décision en date du 8 novembre 2016 sont abrogées.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Pays de la Loire, pour signer :

- la correspondance courante émanant de la direction régionale du service médical des Pays de la Loire ;
- la certification du service fait ou la réception des biens pour les dépenses ordonnancées par la direction régionale du service médical des Pays de la Loire ;
- 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 des Pays de la Loire.

Délégation est accordée à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Pays de la Loire, en matière de budget de gestion, pour effectuer les virements de crédits, après accord de la Cnam, à l'intérieur des groupes de dépenses pour lesquels il existe un principe de fongibilité prévu par le contrat pluriannuel de gestion visé par le directeur général de la Cnam.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR, en matière de commande publique et dans le cadre des opérations intéressant la direction régionale du service médical des Pays de la Loire, 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, lorsque ces derniers sont inférieurs ou égaux à 1 000 000 € TTC, à l'exception des avenants entraînant un dépassement par le contrat du seuil de 1 000 000 € TTC.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR, en matière de gestion des ressources humaines, pour procéder aux :

- recrutements des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- décisions de parcours professionnels des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attributions des mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail du personnel des organismes de la sécurité sociale, employés et cadres ;
- attribution de mesures salariales des personnels relevant de la convention collective nationale de travail des agents de direction du régime général des organismes de sécurité sociale et de la convention collective nationale de travail des praticiens-conseils du régime général de sécurité sociale, après avis du directeur général de la Cnam ;
- procédures disciplinaires autres que les procédures de licenciement conformément à la lettre réseau LR-DDO-195/2017.

Délégation de signature est accordée à M. le docteur Jean-Paul PRIEUR, médecin-conseil régional de la direction régionale du service médical des Pays de la Loire, 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 : Nicolas REVEL, directeur général.

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 23 janvier 2020 portant nomination des membres du jury des épreuves classantes nationales anonymes et du concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2020-2021**

NOR : SSAN2030012A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'éducation ;

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

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

Vu l'arrêté du 29 juin 1992 modifié fixant la liste des sections, des sous-sections et des options ainsi que le nombre des membres de chaque section et sous-section des groupes du Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;

Vu l'arrêté du 27 février 2004 modifié relatif à l'organisation, à l'inscription, au programme, au déroulement, à la nature, à la pondération et à la procédure d'affectation du concours spécial d'internat de médecine à titre européen ;

Vu l'arrêté du 20 juillet 2015 modifié relatif à l'organisation des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales ;

Vu l'arrêté du 3 avril 2017 relatif à l'organisation et au fonctionnement des conseils scientifiques en médecine, en odontologie et en pharmacie ;

Vu l'arrêté du 26 décembre 2019 portant ouverture des épreuves classantes nationales anonymes donnant accès au troisième cycle des études médicales au titre de l'année universitaire 2020-2021 ;

Vu l'arrêté du 26 décembre 2019 portant ouverture au titre de l'année universitaire 2020-2021 du concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

Vu la décision de nomination des deux représentants du conseil scientifique en médecine par le ministre chargé de l'enseignement supérieur en date du 4 novembre 2019 ;

Vu la décision de nomination du président et des deux vice-présidents du jury par le ministre chargé de la santé en date du 24 décembre 2019,

Arrête :

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

En application de l'article 9 de l'arrêté du 20 juillet 2015 modifié susvisé, les personnes dont les noms suivent sont nommées membres du jury des épreuves classantes nationales anonymes et du concours d'internat de médecine à titre européen pour les médecins français, andorrans, suisses ou ressortissants de l'un des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen donnant accès au troisième cycle des études médicales organisées au titre de l'année universitaire 2020-2021 :

#### 1° *En qualité de présidente de jury et de vice-présidents*

Pr Pascale Jolliet, présidente.

Pr Thomas Hanslik, 1<sup>er</sup> vice-président.

Pr Marc-Antoine Rousseau, 2<sup>e</sup> vice-président.

*2° En qualité de représentants du conseil scientifique en médecine*

Pr Damien Roux.

Pr José Labarère.

*3° En qualité de membres titulaires*

Pr Hervé Dupont, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR d'Amiens.

Pr Mickaël Dinomais, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR d'Angers.

Pr Nadine Magy-Bertrand, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Besançon.

Pr Pierre Merville, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Bordeaux.

Pr Luc Bressollette, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Brest.

Pr Jean-Luc Hanouz, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Caen.

Pr Alexandre Lautrette, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Clermont-Ferrand.

Pr Hervé Devilliers, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Dijon.

Pr Carole Schwebel, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Grenoble.

Pr Henri Vacher Coponat, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de La Réunion.

M. Michel Carles, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR des Antilles.

Pr Florence Richard, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lille.

Pr Thierry Van Der Linden, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lille Catho.

Pr Marie-Pierre Teissier-Clément, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Limoges.

Pr Laurent Argaud, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lyon Est.

Pr Pascal Sève, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lyon Sud.

Pr Véronique Vitton, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Marseille.

Pr Eric Thouvenot, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Montpellier.

M. Julien Broseus, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Nancy.

Pr Pierre Pottier, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Nantes.

Mme Fanny Burel-Vandenbos, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Nice.

M. Fabien Vinckier, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 5.

Mme Agnès Dechartres, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR Sorbonne Université.

M. Martin Flamant, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 7.

Pr David Montani, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 11.

Pr Benoit Funalot, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 12.

M. Thorsten Braun, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 13.

M. Antoine Labbe, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR Simone Veil-Santé.

Pr Denis Frasca, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Poitiers.

M. Vincent Vuiblet, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Reims.

Pr Gilles Edan, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Rennes.

Pr Agnès Liard-Zmuda, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Rouen.

M. Christian Boissier, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Saint-Étienne.

Pr Vincent Castelain, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Strasbourg.

Mme Laurence Lamant, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Toulouse Purpan.

Pr Alessandra Bura-Riviere, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Toulouse Rangueil.

Pr Jean-Philippe Cottier, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Tours.

*4° En qualité de membres suppléants*

Pr Henri Copin, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR d'Amiens.

Pr Marie Kempf, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR d'Angers.

Pr François Kleinclauss, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Besançon.  
Pr Didier Gruson, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Bordeaux.  
Pr Gérald Le Gac, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Brest.  
M. Joachim Alexandre, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Caen.  
M. Anthony Buisson, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Clermont-Ferrand.  
Pr Alexis de Rougemont, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Dijon.  
Mme Anne-Claire Toffart, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Grenoble.  
Pr Estelle Nobecourt Dupuy, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de La Réunion.  
M. Christophe Deligny, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR des Antilles.  
Pr Eric Kipnis, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lille.  
Pr Jean-Pierre Pruvo, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lille Catho.  
Pr Laurent Fourcade, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Limoges.  
Pr Isabelle Durieu, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lyon Est.  
Pr Sébastien Couraud, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Lyon Sud.  
Pr Régis Guieu, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Marseille.  
Pr Thibault Mura-Todesco, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Montpellier.  
Mme Eva Feigerlova, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Nancy.  
Pr Olivier Bouchot, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Nantes.  
M. Guillaume Favre, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Nice.  
Mme Sarah Guegan-Bart, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 5.  
M. Christophe Quesnel, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR Sorbonne Université.  
Mme Victoire De Lastours, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 7.  
Pr Maïté Lewin, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 11.  
Pr Florence Canoui-Poitrine, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 12.  
M. Bertrand Degos, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Paris 13.  
M. Guillaume Nicolas, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR Simone Veil-Santé.  
M. Jean-Philippe Néau, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Poitiers.  
Pr Amélie Servettaz, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Reims.  
Pr Marc-Antoine Belaud-Rotureau, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Rennes.  
Pr Stéphane Derrey, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Rouen.  
Mme Claire Boutet, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Saint-Étienne.  
Pr Emmanuel Andres, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Strasbourg.  
Mme Adeline Ruysen-Witrand, maître de conférences des universités-praticien hospitalier, UFR de Toulouse Purpan.  
Pr Eric Huyghe, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Toulouse Rangueil.  
Pr Mehdi Ouaiissi, professeur des universités-praticien hospitalier, UFR de Tours.

## Article 2

La directrice générale du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 23 janvier 2020.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,*  
EVE PARIER

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 31 janvier 2020 modifiant l'arrêté du 29 mai 2019 portant nomination des membres du haut conseil des professions paramédicales**

NOR : SSAH2030029A

La ministre des solidarités et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment l'article D. 4381-3 ;  
Vu l'arrêté du 29 mai 2019 portant nomination des membres du haut conseil des professions paramédicales,

Arrête :

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

L'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 29 mai 2019 susvisé est ainsi modifié :

Au III, l'alinéa 9 est remplacé par les dispositions suivantes : « Guillaume CHESNEL, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif (suppléant). »

#### Article 2

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

Fait le 31 janvier 2020.

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

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

*Mission accès aux soins*

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

*Département « méthodes  
et systèmes d'information »*

#### **Instruction n° DGOS/DIR/DREES/DMSI/2020/12 du 20 janvier 2020 relative aux modalités d'enregistrement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS)**

NOR : SSAH2001695J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 10 janvier 2020. – Visa CNP 2020-1.

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

*Résumé* : créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont au cœur de la stratégie gouvernementale « Ma santé 2022 », qui a fait du développement de l'exercice coordonné sous toutes ses formes une priorité.

Grâce à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) intervenu en 2019, les CPTS peuvent désormais bénéficier sous certaines conditions de financement de l'assurance maladie.

Identifier ces structures en les immatriculant dans FINESS est essentiel en particulier pour assurer le suivi de la montée en charge du dispositif et procéder aux versements des financements de l'ACI.

La présente instruction décrit les modalités d'enregistrement des CPTS dans le répertoire FINESS et de reprise du stock des CPTS préalablement enregistrées sur la base d'une procédure transitoire mise en place en novembre 2019.

*Mots clés* : CPTS – communautés pluriprofessionnelles territoriales de santé – contrat tripartite – ACI – accord conventionnel interprofessionnel – contractualisation – projet de santé – immatriculation – FINESS – ARS.

*Mention outre-mer* : cette instruction est applicable aux territoires ultramarins des ARS.

*Références* :

Article L. 1434-12 du code de santé publique ;

Arrêté du 21 août 2019 portant approbation de l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé signé le 20 juin 2019.

*Annexes* :

Annexe 1. – Fiche technique FINESS.

Annexe 2. – Liste des CPTS immatriculées dans la période transitoire en tant qu'entité juridique.



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

## I. – ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont au cœur de la stratégie gouvernementale « Ma santé 2022 » qui prévoit un maillage complet des territoires avec la création de 1 000 CPTS à l'horizon 2022. Ces structures vont donc connaître d'ici 2022 un très fort essor.

Les CPTS sont un espace d'organisation et de coordination entre professionnels de santé et non pas des structures de soins : elles regroupent les professionnels de santé d'un même territoire qui souhaitent s'organiser – à leur initiative – autour d'un projet de santé pour répondre aux besoins de santé de la population – par exemple trouver des médecins traitants pour les patients qui en sont dépourvus – et pour coopérer avec les hôpitaux ou encore avec les EHPAD, dans une logique de responsabilité collective.

Leurs missions s'inscrivent dans une approche globale de santé d'un territoire et ont principalement pour objectif de :

- faciliter la coordination des soins ambulatoires au bénéfice des patients (améliorer l'accès aux soins, organiser le parcours pluri professionnel) ;
- améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux participant à la CPTS.

En pratique elles sont constituées entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale.

Grâce à l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) intervenu en 2019<sup>1</sup>, les CPTS dont le projet de santé est validé par l'ARS peuvent bénéficier de financement de l'assurance maladie pour l'organisation et la réalisation d'un ensemble de missions :

- des missions socles, portant sur l'accès aux soins (faciliter l'accès au médecin traitant, améliorer la prise en charge des soins non programmés de ville), l'organisation des parcours et la prévention ;
- des missions optionnelles (actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins et actions en faveur de l'accompagnement des professionnelles de santé sur le territoire).

Pour bénéficier des financements de l'ACI, la CPTS, dont le projet de santé est validé, signe un contrat tripartite avec l'ARS et l'assurance maladie.

Identifier ces structures en les immatriculant dans FINESS<sup>2</sup> est essentiel pour :

- assurer le suivi de la montée en charge du dispositif ;
- procéder aux versements des financements prévus dans le cadre de l'ACI ;
- disposer d'un numéro commun identifiant les CPTS, partagé entre les ARS, la CNAM, le ministère des solidarités et de la santé et les systèmes d'information de santé.

## II. – FORME D'UNE CPTS ET LABELLISATION PAR L'ARS

### II.1. Forme d'une CPTS

Les CPTS doivent avoir la capacité juridique en tant que personne morale.

Ni la loi, ni l'accord conventionnel n'imposent de statut juridique aux CPTS, cependant le statut associatif (loi 1901) est utilisé dans une très grande majorité des cas et apparaît actuellement comme la solution la plus adaptée : l'organisation associative permet en effet d'associer un grand nombre d'acteurs (publics et privés), selon une gouvernance très souple.

Une CPTS n'est pas une structure de soins mais un mode d'exercice : elle n'est pas directement effectrice de soins et ne possède pas de lieu d'activité de soins propre.

---

<sup>1</sup> Publication au JO du 24 août 2019.

<sup>2</sup> La décision d'immatriculer les CPTS dans FINESS a reçu l'aval du comité des nomenclatures FINESS du 17 octobre 2019.

## **II.2. Étapes clés du projet de CPTS – de la lettre d'intention au contrat tripartite avec l'assurance maladie et l'ARS**

Les étapes sont les suivantes :

1. Dépôt d'une « lettre d'intention » à l'ARS (dit « pré-projet »)  
La validation de la lettre d'intention est la condition préalable pour l'attribution par l'ARS d'un financement FIR (fonds d'intervention régional) pour l'accompagnement des porteurs de projets.
2. Dépôt du projet de santé à l'ARS par le porteur du projet  
Le projet est réputé validé, sauf opposition dans les 2 mois du DGARS fondée sur la cohérence avec le PRS (projet régional de santé) ou la pertinence du territoire d'action de la CPTS.
3. Contractualisation tripartite ARS - assurance maladie - CPTS, qui permettra à la CPTS de toucher la rémunération ACI (accord conventionnel interprofessionnel) sous forme d'une subvention annuelle reconductible versée par l'assurance maladie.  
La contractualisation n'est possible que si le projet de santé a été validé. La CPTS accepte de remplir 3 missions obligatoires (accès aux soins, parcours de soins, prévention).

## **III. – MODALITÉS D'ENREGISTREMENT DES CPTS DANS LE RÉPERTOIRE FINESS**

### **III.1. Déclenchement de l'immatriculation**

La validation du projet de santé d'une CPTS par l'ARS déclenche son enregistrement dans le répertoire FINESS.

Il convient au pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS de transmettre au gestionnaire FINESS, dès que le projet de santé d'une CPTS est validé, les documents suivants :

- une copie du projet de santé validé ;
- une copie des statuts de la CPTS ;
- tout document (courrier ou mail...) informant le promoteur que le projet de santé est validé.

Point d'attention : l'enregistrement dans FINESS ayant pour objectif, entre autre, de permettre un recensement des CPTS dont le projet de santé est validé – au demeurant suivi plus large que les seules CPTS signataires de l'ACI, il importe que dès qu'un projet de santé est validé, l'information soit transmise sans délai au référent FINESS.

### **III.2. Constitution générale du dossier FINESS**

Une entité juridique (dite « EJ », dotée d'un numéro FINESS juridique) et un établissement (dit « ET », doté d'un numéro FINESS géographique) sont immatriculés dans FINESS pour identifier et caractériser une CPTS.

L'ET porte la catégorie « 604 – Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ».

Une CPTS n'étant pas une structure effectrice de soins, l'établissement immatriculé dans FINESS est associé au siège social de la CPTS.

Si la CPTS contractualise avec l'assurance maladie et l'ARS au titre de l'ACI, le pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS en informe immédiatement le gestionnaire FINESS et lui indique la date de signature du contrat tripartite. Une convention de type « Contrat ACI » et sa date de signature sont alors saisies dans FINESS sur le dossier de l'établissement.

Les règles d'enregistrement complètes et détaillées sont formalisées dans la fiche technique figurant en annexe 1 de la présente instruction.

Nous demandons aux gestionnaires FINESS de transmettre systématiquement, au pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS, la fiche de situation FINESS d'une CPTS après son immatriculation ou la mise à jour de son dossier. Le pôle premier recours/soins de proximité se chargera de la faire suivre à la CPTS et à la CPAM de rattachement.

### **III.3. Charge de travail estimée**

On peut estimer à quelques unités par mois et par ARS le nombre de CPTS à immatriculer dans FINESS.

À la date du 1<sup>er</sup> décembre 2019 :

- près de 450 projets de CPTS sont recensés à des degrés de maturité divers et déposés en ARS ;
- parmi ceux-ci, une cinquantaine disposent d'un projet de santé validé ;



- 1 CPTS a contractualisé avec l'assurance maladie et l'ARS ;
- pour une quarantaine de CPTS la signature du contrat tripartite pourrait intervenir d'ici le premier trimestre 2020.

#### III.4. Reprise de stock

Pour éviter que l'absence d'enregistrement dans FINESS soit bloquante dans le versement de l'ACI pour les premières CPTS signataires, une procédure transitoire a été mise en place début novembre 2019, dans l'attente de la parution de la présente instruction : il a ainsi été demandé aux ARS d'immatriculer les CPTS dont le projet de santé était d'ores et déjà validé, par le biais d'une EJ uniquement.

À ce jour, une vingtaine de CPTS ont déjà pu être immatriculées dans FINESS (EJ sans ET) et disposent donc déjà d'un numéro FINESS juridique.

En conséquence, nous vous demandons donc d'être vigilants au moment d'enregistrer les structures dans FINESS pour ne pas créer de doublons :

- si une CPTS a déjà été immatriculée en tant qu'EJ alors il conviendra de vérifier le dossier de l'EJ et de le modifier si besoin conformément aux règles édictées dans l'annexe 1. Un ET devra être immatriculé et rattaché à cette EJ ;
- une liste des EJ immatriculées pendant la période transitoire a été tenue à jour par la DREES. Elle est fournie dans l'annexe 2.

#### IV. – CONTRÔLE DE COHÉRENCE

Tous les 3 mois, il est demandé aux gestionnaires FINESS de se rapprocher du pôle premier recours/soins de proximité de leur ARS afin de vérifier :

- l'exhaustivité du recensement ; à savoir que toutes les CPTS dont le projet de santé a été validé sont bien enregistrées dans FINESS ;
- la bonne mise à jour des données ; et tout particulièrement que l'entrée dans l'ACI (signature du contrat tripartite ARS/assurance maladie/porteur du projet) a bien été enregistrée dans FINESS.

La DREES mettra à disposition des ARS et de la DGOS la liste des CPTS immatriculées dans FINESS. Ce document sera diffusé sur l'Intranet PACo et actualisé le premier de chaque mois jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2022.

Les éventuelles erreurs de saisie identifiées y seront indiquées de façon à vous permettre de les corriger.

Pour toute question concernant FINESS, vous pouvez vous adresser à la boîte générique [drees-dmsi-finess@sante.gouv.fr](mailto:drees-dmsi-finess@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale  
de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

*La secrétaire générale des ministères  
chargés des affaires sociales,*  
S. FOURCADE

*La cheffe de service, adjointe à la directrice  
de la recherche, des études, de l'évaluation  
et des statistiques,*  
L. OLIER

## ANNEXE 1

### FICHE TECHNIQUE FINESS

#### 1. Principe de l'enregistrement dans FINESS

Seules les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dont le projet de santé est validé par l'ARS doivent être immatriculées dans FINESS, comme expliqué au § III/1.

Les gestionnaires FINESS enregistrent les CPTS conformément aux règles générales décrites au § III/2 de la présente instruction et aux règles détaillées ci-après.

Une CPTS est immatriculée sous la forme d'une EJ et d'un ET unique. Aucune activité (équipement social, DE sanitaire...) ne lui est rattachée dans FINESS.

Pour retrouver les informations utiles au remplissage du dossier, les gestionnaires se fient aux documents transmis par le pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS (Cf. § III/1) ainsi qu'au répertoire SIRENE de l'INSEE en ce qui concerne les informations juridiques.

#### 2. Règles d'enregistrement de l'entité juridique (EJ)

##### 2.1. Numéro FINESS

Le numéro FINESS de l'EJ est attribué automatiquement par l'application.

##### 2.2. Catégorie

La catégorie de l'EJ n'est pas significative dans le cas d'une CPTS et ne doit pas être renseignée.

##### 2.3. Numéro SIREN

Si le numéro SIREN ne figure pas dans le projet de santé de la CPTS, il doit être communiqué au gestionnaire FINESS par le pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS.

##### 2.4. Code APE

Le code APE (activité principale exercée) est repris depuis le répertoire SIRENE de l'INSEE.

##### 2.5. Raison sociale

La raison sociale est la dénomination qui figure dans les statuts de la CPTS.

##### 2.6. Adresse

L'adresse de l'EJ est l'adresse du siège social mentionnée dans les statuts de la CPTS.

##### 2.7. Statut juridique

Le statut juridique figure dans les statuts de la CPTS.

##### 2.8. Date de création

La date de création de l'EJ est la date d'immatriculation officielle de la structure juridique de la CPTS.

En l'absence de cette information, le gestionnaire renseigne comme date de création de l'EJ la date du jour, en cochant l'option « Générée ».

##### 2.9. Coordonnées

Dans la mesure du possible il est demandé de compléter le numéro de téléphone et l'adresse Email de la CPTS.

#### 3. Règles d'enregistrement de l'établissement (ET)

Pour chaque CPTS, un seul et unique ET est enregistré dans FINESS, correspondant au siège social de la CPTS.

##### 3.1. Numéro FINESS

Le numéro FINESS de l'ET est attribué automatiquement par l'application.

### 3.2. *Catégorie*

La catégorie d'établissement dans laquelle la CPTS est immatriculée dans FINESS est la suivante :

- code : 604 ;
- libellé court : C.P.T.S. ;
- libellé long : communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Cette catégorie est rattachée à l'agrégat n° 2103 (autres structures d'exercice libéral).

### 3.3. *Numéro SIRET*

Le numéro SIRET est celui de l'établissement siège.

Si le numéro SIRET ne figure pas dans le projet de santé de la CPTS, il doit être communiqué au gestionnaire FINESS par le pôle premier recours/soins de proximité de l'ARS.

### 3.4. *Code APE*

Le code APE (activité principale exercée) est repris depuis le répertoire SIRENE de l'INSEE.

### 3.5. *Raison sociale*

La raison sociale est la dénomination qui figure dans les statuts de la CPTS. Elle est donc identique à celle de l'EJ.

### 3.6. *Adresse et coordonnées*

L'adresse est l'adresse du siège social figurant dans les statuts de la CPTS.

### 3.7. *Coordonnées de géolocalisation IGN (Géocodage X,Y)*

Ces coordonnées sont vides lors de l'immatriculation. Elles seront alimentées automatiquement par l'application lors de la prochaine campagne de géolocalisation des établissements FINESS, qui a lieu tous les 2 mois.

### 3.8. *Nature d'établissement*

La nature d'établissement est systématiquement « G » (Général).

### 3.9. *Type d'établissement*

Le type d'établissement est systématiquement « P » (Principal).

### 3.10. *Date d'autorisation*

La date d'autorisation est la date de validation par l'ARS du projet de santé de la CPTS (définie sur la base de la date d'envoi du mail ou du courrier au porteur de projet).

### 3.11. *Date d'ouverture*

La règle générale est que la date d'ouverture doit être systématiquement assimilée à la date de validation du projet de santé.

Si la CPTS n'est pas encore en activité lorsque son projet de santé est validé par l'ARS, la date d'ouverture sera par défaut la date de signature du contrat tripartite ACI. Elle devra donc être renseignée le moment venu par le gestionnaire FINESS.

### 3.12. *Mode de fixation des tarifs (MFT)*

Les CPTS n'étant pas des structures de soins, elles ne sont pas concernées par la notion de tarif.

Les modalités de financement des CPTS (FIR, ressources issues de l'ACI) font l'objet d'un suivi par ailleurs : en conséquence dans FINESS le MFT à saisir est systématiquement « 99-Indéterminé ».

### 3.13. *Convention*

Dès lors que la CPTS signe le contrat tripartite avec l'ARS et l'assurance maladie découlant de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), la convention suivante doit être enregistrée dans FINESS, sur le dossier de l'ET, avec la date de signature :

- code : ACI ;
- libellé court : contrat ACI ;
- libellé long : contrat tripartite CPTS/AM/ARS pour rémunération ACI.

#### 3.14. *Coordonnées*

Dans la mesure du possible il est demandé de compléter le numéro de téléphone et l'adresse email de la CPTS.

ANNEXE 2

LISTE DES CPTS ENREGISTRÉES DANS LA PÉRIODE TRANSITOIRE EN TANT QU'ÉJ

RÉGION	DÉP.	N° FINESS EJ	RAISON SOCIALE	STATUT juridique	N° SIREN	VOIE	CODE POSTAL/ commune routage
AUVERGNE-RHONE-ALPES	01	010011849	CPTS BUGEY SUD	Ass.L.1901 non R.U.P		22 R DE SAVOIE	01510 ARTEMARE
AUVERGNE-RHONE-ALPES	15	150003838	ACCES SANTE NORD CANTAL (ASNC)	Ass.L.1901 non R.U.P	849279237	1 R DE LA MINE	15210 YDES
AUVERGNE-RHONE-ALPES	38	380022228	CPTS DU VERCORS	Ass.L.1901 non R.U.P		85 RTE DE GRENOBLE	38250 LANS EN VERCORS
AUVERGNE-RHONE-ALPES	63	630015063	CPTS HAUTE COMBRAILLE ET VOLCANS	Ass.L.1901 non R.U.P	878193598	AV DU MARRONNIER	63380 PONTAUMUR
AUVERGNE-RHONE-ALPES	69	690045570	INTERPRO SANTE VENISSIEUX	Ass.L.1901 non R.U.P	833620529	13 AV MARCEL PAUL	69200 VENISSIEUX
CENTRE-VAL DE LOIRE	18	180010134	CPTS AGGLO DE BOURGES	Ass.L.1901 non R.U.P	841495278	1 PL DE LA PREFECTURE	18000 BOURGES
CENTRE-VAL DE LOIRE	18	180010142	CPTS DE L'EST DU CHER	Ass.L.1901 non R.U.P	842171662	1 R HUBERT DENEUVE	18140 SANCERGUES
CENTRE-VAL DE LOIRE	28	280008673	CPTS SUD 28	Ass.L.1901 non R.U.P	840548119	18 PL DU 18 OCTOBRE	28200 CHATEAUDUN
CENTRE-VAL DE LOIRE	36	360008445	CPTS AGGLOMERATION DE CHATEAURoux	Ass.L.1901 non R.U.P	841501596	65 R MONTAIGNE	36000 CHATEAURoux
CENTRE-VAL DE LOIRE	36	360008452	CPTS DU BOUSCHAUT NORD	Ass.L.1901 non R.U.P		13 R DE LA REPUBLIQUE	36600 VALENCAY
CENTRE-VAL DE LOIRE	37	370014490	CPTS ASCLEPIOS	Ass.L.1901 non R.U.P	838187581	R D'AMBOISE	37150 LA CROIX EN TOURAINE
CENTRE-VAL DE LOIRE	37	370014508	CPTS DE LA RABELELAISE	Ass.L.1901 non R.U.P	834667495	11 R DU 11 NOVEMBRE	37500 CHINON
CENTRE-VAL DE LOIRE	37	370014516	PSP NORD TOURAINE	Ass.L.1901 non R.U.P	821103785	GRANDE RUE	37370 NEUVY LE ROI
CENTRE-VAL DE LOIRE	37	370014524	PSP DU SUD LOCHOIS	Ass.L.1901 non R.U.P	809337777	AV DES BAS CLOS	37600 LOCHES
CENTRE-VAL DE LOIRE	37	370014532	CPTS O'TOURS	Ass.L.1901 non R.U.P		81 R DE CHANTEPIE	37300 JOUE LES TOURS
CENTRE-VAL DE LOIRE	41	410010698	CPTS LA SALAMANDRE	Ass.L.1901 non R.U.P		9 PROM DE L'HOTEL DE VILLE	41350 VINEUIL
CENTRE-VAL DE LOIRE	45	450022330	CPTS DU GIENNOIS-BERRY	Ass.L.1901 non R.U.P	841595911	128 R JEAN MERMOZ	45500 GIEN
CENTRE-VAL DE LOIRE	45	450022348	CPTS BEAUCE-GATINAIS	Ass.L.1901 non R.U.P	852781061	38 R DE PITHIVIERS	45480 BAZOCHES LES GALLERANDES
CENTRE-VAL DE LOIRE	45	450022355	CPTS ORLEANAISE	Ass.L.1901 non R.U.P	849069190	1228 FG SAINT JEAN	45000 ORLEANS
ILE-DE-FRANCE	75	750064966	ASSOCIATION CPTS PARIS 13	Ass.L.1901 non R.U.P		9RGUYTON DEMORVEAU	75013 PARIS
ILE-DE-FRANCE	75	750064602	ASSOCIATION CPTS PARIS 18	Ass.L.1901 non R.U.P		203 R ORDENER	75018 PARIS
PAYS DE LA LOIRE	44	440056489	CPTS ANL	Ass.L.1901 non R.U.P		8 R D'ISSE	44590 ST VINCENT DES LANDES
PAYS DE LA LOIRE	49	490021284	CPTS COLHAJ	Ass.L.1901 non R.U.P		5IMPDU PUIITS MOREAU	49370 BECON LES GRANITS
PAYS DE LA LOIRE	85	850028382	CPTS LITTORAL VENDEEN	Ass.L.1901 non R.U.P		106 R DU POIROUX	85340 LES SABLES D OLOINNE
PAYS DE LA LOIRE	85	850028390	CPTS SUD VENDEE	Ass.L.1901 non R.U.P		R DU DR FLEURANCE	85200 FONTENAY LE COMTE
NOUVELLE-AQUITAINE	24	240017293	POLE DE SANTE DE BERGERAC	Ass.L.1901 non R.U.P	813180494	7 R JULES MICHELET	24100 BERGERAC
NOUVELLE-AQUITAINE	64	640019873	XIBEROKO OSAGARRI BATARZUNA	Ass.L.1901 non R.U.P	850209552	4 AV DE TREVILLE	64130 MAULEON SOULE

## SANTÉ

### PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

UNION NATIONALE DES CAISSES  
D'ASSURANCE MALADIE

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des relations avec les professionnels de santé

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau du 4<sup>e</sup> premier recours

Caisse nationale de l'assurance maladie

*Direction déléguée à la gestion  
et à l'organisation des soins*

*Direction de l'offre de soins*

Département des professions de santé

**Instruction n° DSS/SD1B/DGOS/R2/CNAM/2020/24 du 29 janvier 2020 relative à la mise en œuvre des contrats incitatifs infirmiers définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers signé le 29 mars 2019 et visant à améliorer la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire**

NOR : SSAS2002956J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 20 décembre 2019. – Visa CNP 2019-114.

*Résumé* : modalités de mise en œuvre des contrats démographiques relatifs à l'amélioration de la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire.

*Mots clés* : démographie – infirmiers – avenant n° 6 – contrats types.

*Références* :

Code de la santé publique, et notamment l'article L. 1434-4 ;

Code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 162-12-2 et L. 162-14-4 ;

Décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé ;

Arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique (JO du 16 janvier 2020) ;

Avis relatif à l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux signée le 22 juin 2007 (JO du 13 juin 2019).

*Annexes* :

Annexe 1. – Contrats types nationaux.

Annexe 2. – Fiches de présentation des contrats.

Annexe 3. – Adaptations régionales par contrat.

Annexe 4. – Circuit de traitement des demandes de contractualisation et d'attribution des modulations régionales.

*La ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (pour application).*

## TABLE DES MATIÈRES

### Introduction

#### 1. Présentation des contrats incitatifs définis dans l'avenant n° 6

- le contrat d'aide à l'installation des infirmiers (CAII - article 3.3.1.1 et annexe 3 de l'avenant n° 6) ;
- le contrat d'aide à la première installation en libéral des infirmiers (CAPII - article 3.3.1.2 et annexe 4 de l'avenant n° 6) ;
- le contrat d'aide au maintien des infirmiers (CAMII - article 3.3.1.3 et annexe 5 de l'avenant n° 6).

#### 2. Zone d'application des contrats

#### 3. Adoption des contrats types régionaux par les ARS et entrée en vigueur des contrats démographiques

#### 4. Adoption des contrats types régionaux par les ARS après concertation des représentants de la profession

#### 5. Information des infirmiers éligibles par les caisses

a) Modalités d'information des infirmiers

b) Infirmiers visés

#### 6. Modalités d'adhésion et circuit d'analyse des demandes de contractualisation

a) Modalités d'adhésion

b) Examen et enregistrement des demandes d'adhésion par la caisse

c) Modalités d'attribution des modulations régionales aux infirmiers demandant l'adhésion aux contrats (mise en place d'une concertation régionale)

d) Notification des décisions aux infirmiers

#### 7. Date d'adhésion aux contrats

#### 8. Gestion de la période transitoire

a) Concernant les contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5

b) Concernant les 3 nouveaux contrats incitatifs issus de l'avenant n° 6

#### 9. Liquidation et paiement des avances

### Annexes

## Introduction

L'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers conclu le 29 mars 2019 a été publié au *Journal officiel* le 13 juin 2019.

Afin de lutter contre les disparités de répartition des infirmiers libéraux sur le territoire et rééquilibrer l'offre en soins infirmiers en fonction des besoins, les partenaires conventionnels ont mis en place par le biais des avenants n° 1 (2008) et n° 3 à la convention nationale (2011) un dispositif démographique, autour de 3 axes :

- un zonage du territoire pertinent, adapté aux besoins des patients ;
- un dispositif d'aide à l'installation et au maintien des infirmiers libéraux dans les zones « très sous dotées » : contrat incitatif infirmier ;
- une régulation des nouveaux conventionnements dans les zones « sur dotées » : un conventionnement autorisé en zone surdotée pour une cessation définitive d'activité d'un infirmier sur la zone (règle du 1 pour 1).

Malgré des premiers résultats significatifs, la répartition sur le territoire des infirmiers libéraux reste encore inégale et nécessitait des aménagements du dispositif afin de répondre de manière

adaptée à la demande en soins. Les partenaires conventionnels ont donc souhaité adopter de nouvelles mesures afin de renforcer l'incitation à l'installation et au maintien des professionnels en zone très sous dotée, tout en révisant le zonage existant.

En outre, la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a modifié les dispositions législatives relatives à la définition par les partenaires conventionnels des dispositifs relatifs à l'installation des professionnels de santé libéraux dans certaines zones (articles L. 162-14-1 et L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale). Celle-ci prévoit que les partenaires conventionnels définissent désormais, dans les accords conventionnels, des contrats types nationaux relatifs à la démographie, lesquels comportent des modalités d'adaptations régionales par les agences régionales de santé (ARS) des mesures incitatives.

Sur la base de ces contrats types nationaux, les ARS adoptent ensuite les contrats types régionaux comportant ces adaptations.

L'avenant n° 6 définit ainsi trois contrats types nationaux ayant pour but de favoriser une répartition plus homogène des infirmiers libéraux sur tout le territoire qui vont remplacer le contrat incitatif infirmier existant aujourd'hui.

Ces contrats sont adaptés à la situation spécifique des infirmiers :

- un contrat pour favoriser l'installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées (Contrat d'aide à l'installation des infirmiers - CAII) ;
- un contrat pour favoriser la première installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées (Contrat d'aide à la première installation - CAPII) ;
- un contrat pour favoriser le maintien des infirmiers dans les zones très sous-dotées (Contrat d'aide au maintien - CAMI).

Dans le cadre de ces contrats et conformément aux dispositions législatives évoquées supra, les partenaires conventionnels ont défini des modalités d'adaptation relevant des ARS.

Ces nouveaux contrats ne pourront être mis en place qu'après publication effective du nouveau zonage dans la région.

La présente instruction vise à présenter :

- le contenu des contrats types nationaux définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers ainsi que les éléments sur lesquels des adaptations régionales peuvent intervenir ;
- les zones d'application des nouveaux contrats incitatifs définis dans l'avenant n° 6 ;
- la procédure à suivre par les ARS pour adopter les contrats types régionaux ;
- les modalités d'organisation à mettre en œuvre au niveau régional pour assurer la mise en place de ces contrats tripartites qui doivent être conclus entre les infirmiers éligibles, les caisses (CPAM/CGSS) et les ARS.

Les modalités de suivi de la montée en charge des adhésions aux contrats, du respect des engagements des infirmiers adhérents, du calcul et du versement des rémunérations afférentes, feront l'objet d'instructions complémentaires.

## 1. Présentation des contrats incitatifs définis dans l'avenant n° 6

L'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers a défini trois nouveaux contrats types nationaux qui figurent en Annexe 1 de la présente instruction. Ces contrats ont vocation à remplacer le contrat incitatif infirmier actuellement en vigueur (issu de l'avenant n° 3 et modifié par l'avenant 5 sur les modalités de versement de l'aide (suppression du dispositif de prise en charge des cotisations sociales allocations familiales défini dans les contrats incitatifs et remplacement par une aide forfaitaire globale).

Des fiches détaillant ces différents contrats figurent en Annexe 2 de la présente instruction. Elles précisent notamment, les conditions et modalités d'adhésion, les engagements et avantages accordés dans chaque contrat ainsi que les points pouvant faire l'objet d'une modulation régionale par l'ARS.

### *Le contrat d'aide à l'installation des infirmiers (CAII - article 3.3.1.1 et annexe 3 de l'avenant n° 6)*

Ce contrat s'adresse aux infirmiers libéraux conventionnés qui s'installent en zone « très sous-dotée » afin de leur apporter une aide financière significative dès leur installation en zone très sous-dotée en vue de les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones. (cf. Fiche 1 - contrat aide à l'installation - annexe 2).



Ce contrat est d'une durée de 5 ans, non renouvelable. Il est non cumulable avec un contrat d'aide à la première installation, un contrat d'aide au maintien ainsi qu'avec un contrat incitatif infirmier en cours (issu des avenants n° 3 et n° 5).

Sont éligibles à ce contrat, à compter de la parution des nouveaux arrêtés relatifs au zonage et aux contrats types régionaux pris par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), les infirmiers qui s'installent dans la zone ou qui sont installés dans la zone depuis moins d'un an à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat.

À noter que ce contrat peut bénéficier à un infirmier précédemment installé en libéral dans une zone non déficitaire et qui demande son conventionnement en zone très sous-dotée.

À noter que les infirmiers exerçant une activité exclusive en pratique avancée ne pourront bénéficier de ce contrat conformément à l'avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers.

*Le contrat d'aide à la première installation en libéral des infirmiers  
(CAPII - article 3.3.1.2 et annexe 4 de l'avenant n° 6)*

Ce contrat s'adresse aux infirmiers libéraux conventionnés débutant leur exercice professionnel libéral en zones « très sous-dotées » et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie. L'objectif est de leur apporter une aide financière significative dès leur installation en zone très sous-dotée pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones (cf. Fiche 2 - contrat aide à la première installation - annexe 2).

Un professionnel ne peut bénéficier qu'une seule fois de ce contrat. Le contrat d'aide à la première installation est d'une durée de 5 ans. Il est non renouvelable et non cumulable avec un contrat d'aide à l'installation, d'aide au maintien de l'activité ou avec un contrat incitatif infirmier en cours (issu des avenants n° 3 ou n° 5).

Sont éligibles à ce contrat, à compter de la parution des nouveaux arrêtés relatifs au zonage et aux contrats types régionaux pris par le directeur général de l'ARS, les infirmiers qui débutent leur activité en libéral dans la zone ou qui ont débuté leur activité dans la zone depuis moins d'un an à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat.

À noter que les infirmiers exerçant une activité exclusive en pratique avancée ne pourront bénéficier de ce contrat conformément à l'avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers.

*Le contrat d'aide au maintien des infirmiers  
(CAMII - article 3.3.1.3 et annexe 5 de l'avenant n° 6)*

Ce contrat s'adresse aux infirmiers libéraux conventionnés déjà installés en zones très sous-dotées à la date de parution des nouveaux arrêtés relatifs au zonage et aux contrats types régionaux pris par le directeur général de l'ARS pour les aider financièrement à maintenir leur activité dans ces territoires. (cf. Fiche 3 - contrat aide au maintien - annexe 2).

Il est conclu pour une durée de 3 ans renouvelable tacitement. Il est non cumulable avec un contrat d'aide à l'installation, d'aide à la première installation et avec un contrat incitatif en cours (issu des avenants n° 3 et n° 5).

À noter qu'un professionnel ayant bénéficié d'un contrat d'aide à l'installation ou d'aide à la première installation prévu par l'avenant n° 6 ou d'un contrat incitatif issu des avenants n° 3 et n° 5 pourra, à l'issue de son contrat, demander à adhérer au contrat d'aide au maintien en zone très sous-dotée dès lors qu'il y est éligible.

À noter que les infirmiers exerçant une activité exclusive en pratique avancée ne pourront bénéficier de ce contrat conformément à l'avenant n° 7 à la convention nationale des infirmiers.

## **2. Zone d'application des contrats**

L'article L. 1434-4 du code de la santé publique (CSP), issu de l'article 158 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, prévoit que les directeurs généraux d'ARS déterminent par arrêté, pour chaque profession de santé concernée, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins (1° du L. 1434-4 du CSP).

Le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination de ces zones précise qu'un arrêté ministériel fixe, pour chaque profession concernée, la méthodologie permettant la détermination de ces zones.

Pour les infirmiers, l'arrêté ministériel du 10 janvier 2020 publié au journal officiel du 16 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier prévoit qu'au sein des zones prévues au 1° du L. 1434-4 du CSP, seuls les professionnels installés en zones très sous-dotées sont éligibles aux nouveaux contrats incitatifs précités.

Les contrats incitatifs infirmiers définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers s'appliquent donc uniquement dans les zones identifiées par les ARS comme très sous-dotées.

### **3. Adoption des contrats types régionaux par les ARS et entrée en vigueur des contrats démographiques**

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale, les trois contrats types nationaux définis dans l'avenant n° 6 à la convention nationale comportent des dispositions pouvant faire l'objet d'adaptations, au niveau régional, par les ARS.

En effet, conformément à l'avenant n° 6, l'ARS peut décider, dans certaines zones identifiées comme particulièrement déficitaires en offre de soins, de majorer les aides (aide forfaitaire à l'activité/aide pour l'accueil de stagiaire) prévues dans le cadre des 3 nouveaux contrats incitatifs dans la double limite de 20 % des zones très sous-dotées et de 20 % du montant des aides définies dans les différents contrats types nationaux. La majoration sera définie dans le contrat type régional arrêté par l'ARS.

L'adhésion aux nouveaux contrats démographiques ne pourra être proposée aux infirmiers qu'à compter de la publication :

1. Du nouveau zonage pour la profession d'infirmier par les ARS (en application de la méthodologie prévue par arrêté ministériel du 10 janvier 2020) ;

2. Des contrats types régionaux pris par les ARS.

Ces conditions sont cumulatives.

En conséquence, la publication par les ARS des arrêtés régionaux définissant les contrats types doit intervenir dans les meilleurs délais après l'entrée en vigueur du nouveau zonage.

Dans le cas où l'ARS n'aurait pas eu le temps de préparer ses contrats-types régionaux avant l'entrée en vigueur du nouveau zonage, il est demandé aux ARS de publier si besoin des arrêtés conservatoires sur les contrats types régionaux sans intégration des modulations régionales. Les arrêtés conservatoires relatifs aux contrats types régionaux étant strictement conformes aux contrats types prévus par l'avenant n° 6, ils ne feront pas l'objet d'une concertation telle que prévue au point 4. La parution de ces arrêtés conservatoires permettra de proposer rapidement aux infirmiers éligibles de conclure un des nouveaux contrats proposés au titre de l'avenant n° 6.

À noter que les arrêtés conservatoires pourront être pris par le directeur général de l'ARS dès la parution de l'arrêté définissant le zonage pour la région (en application de la méthodologie prévue par arrêté ministériel du 10 janvier 2020).

Dans un second temps, (à la suite du temps dédié à la concertation sur les modulations régionales mentionné au point 4), le directeur général de l'ARS pourra prendre un arrêté rectificatif permettant d'intégrer aux nouveaux contrats types régionaux les modulations définies pour la région. La liste récapitulative des adaptations régionales possibles par type de contrat démographique figure en annexe 3 de la présente instruction.

Une fois les contrats types régionaux parus par arrêté du directeur général de l'ARS, les contrats tripartites conclus entre les infirmiers, les caisses (CPAM/CGSS) et les ARS pourront alors être proposés aux infirmiers éligibles.

À noter que pour les infirmiers ayant adhéré à l'un des nouveaux contrats incitatifs issus de l'avenant n° 6 entre la parution de l'arrêté conservatoire et de l'arrêté rectificatif, un avenant au contrat leur sera adressé afin de prendre en compte les éventuelles modulations régionales intégrées au contrat type.

Pour le bon suivi, et afin que l'assurance maladie puisse débiter immédiatement la promotion des différents contrats auprès des infirmiers éligibles, il est également demandé aux ARS de transmettre au DCGDR de la région concernée, dès leur publication, les nouveaux zonages et contrats-types régionaux (arrêtés conservatoires et/ou avec les modulations).

Les DCGDR transmettront par la suite les éléments à la Cnam *via* la boîte générique [demographie.dprof.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:demographie.dprof.cnam@assurance-maladie.fr) et/ou *via* le sharepoint DPROF projets transverses (fichier excel disponible dans la rubrique zonage et contrats types).

#### **4. Adoption des contrats types régionaux par les ARS après concertation des représentants de la profession**

Les arrêtés définissant les contrats types régionaux (avec modulations régionales) sont pris après avis des représentants des infirmiers et notamment ceux de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS).

C'est pourquoi, préalablement à l'adoption des contrats types régionaux, les ARS doivent effectuer une concertation auprès des différents acteurs concernés :

- l'URPS infirmiers ;
- les commissions paritaires régionales (CPR) des infirmiers par l'intermédiaire des directeurs de coordination régionale de la gestion du risque de l'assurance maladie.

Pour rappel, cette concertation n'est pas nécessaire concernant l'adoption des arrêtés conservatoires relatifs à ces contrats types (sans modulation régionale - voir *supra*). En revanche, la concertation est bien obligatoire pour les arrêtés régionaux rectificatifs puisqu'ils apportent les modulations définies par chaque ARS.

#### **5. Information des infirmiers éligibles par les caisses**

Dès publication des contrats types régionaux par le directeur général de l'ARS et des arrêtés définissant le nouveau zonage applicable pour la profession d'infirmier, et sous réserve que les infirmiers remplissent les conditions d'adhésion aux contrats, il est demandé aux caisses d'en informer les infirmiers installés ou s'installant en zones très sous-dotées et plus largement de diffuser cette information auprès de l'ensemble des infirmiers.

##### *a) Modalités d'information des infirmiers*

Il convient d'informer les infirmiers éligibles (*cf.* point *b*) par tous les moyens suivants :

- rendez-vous avec les nouveaux installés ou rendez-vous avec les remplaçants ;
- réunions collectives en cours de présentation de l'avenant n° 6 à la convention nationale ;
- « ameli.fr » ;
- plateforme d'appui auprès des professionnels de santé (PAPS) ;
- interventions effectuées par les caisses dans les instituts de formation de soins infirmiers ;
- et par tout autre moyen d'information.

##### *b) Infirmiers visés*

Cette information doit être effectuée auprès :

- des infirmiers « nouvellement installés » en zone très sous-dotée, à l'occasion des rendez-vous d'installation, afin de leur présenter le contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation et pour ceux prêts à s'installer en zone très sous-dotée. Sont considérés comme « nouvel installé », les infirmiers qui s'installent dans la zone très sous-dotée à compter de la parution du nouveau zonage régional et des contrats types régionaux ou ceux installés dans la zone depuis moins d'un an à la date d'examen de leur demande de souscription au contrat (y compris si ces infirmiers étaient auparavant installés sur un autre territoire) ;
- des infirmiers installés dans les zones très sous-dotées afin de leur présenter les contrats pouvant les concerner en fonction de leur situation :
  - le contrat première installation pour ceux ayant débuté leur activité professionnelle en zone très sous dotée depuis moins d'un an (1<sup>er</sup> conventionnement) ;
  - le contrat d'installation pour ceux installés dans la zone très sous-dotée depuis moins d'un an ;
  - le contrat d'aide au maintien.

Précisions : il convient d'informer les infirmiers actuellement adhérents au contrat incitatif infirmier (avenants n° 3 et n° 5) que leur contrat est maintenu jusqu'à leur terme (3 ans après la signature ou le renouvellement du contrat incitatif). Une fois le contrat arrivé à échéance, les infirmiers pourront, s'ils le souhaitent, adhérer au nouveau contrat d'aide au maintien (pas de cumul possible entre les anciens et les nouveaux contrats). Toutefois, ces infirmiers disposent de la possibilité, s'ils le souhaitent, de résilier de manière anticipée leur ancien contrat pour adhérer au nouveau contrat d'aide au maintien.

#### **6. Modalités d'adhésion et circuit d'analyse des demandes de contractualisation**

Les caisses d'assurance maladie sont chargées de la gestion des demandes d'adhésions aux contrats.

Un schéma du circuit d'analyse des demandes de contractualisation est disponible en annexe 4 de la présente instruction.

*a) Modalités d'adhésion*

Les infirmiers libéraux qui souhaitent souscrire à l'un des contrats définis dans l'avenant n° 6 doivent adresser une demande d'adhésion à leur caisse de rattachement (l'infirmier disposant de plusieurs cabinets est tenu de formaliser sa demande d'adhésion au contrat auprès de sa caisse primaire de rattachement - CPAM du lieu d'installation de son cabinet principal).

L'adhésion est individuelle et conclue *intuitu personae*. Chaque infirmier d'un même groupe, d'une même société, d'une équipe de soins primaires (EPS) ou d'une maison de santé pluri-professionnelle (MSP) doit donc accomplir les formalités d'adhésion et fournir les justificatifs demandés.

*b) Examen et enregistrement des demandes d'adhésion par la caisse*

La caisse d'assurance maladie est chargée de la gestion des demandes d'adhésions.

Elle vérifie l'éligibilité des infirmiers au contrat, au regard des conditions d'adhésions (cf. fiches par contrat disponibles en annexe 2 de la présente instruction) et du tableau récapitulatif ci-dessous :

CONTRAT	CONVENTIONNEMENT	LIEU D'EXERCICE ET DATE D'INSTALLATION	AUTRES CONDITIONS
Contrat aide à l'installation (CAII)	Infirmier libéral conventionné	S'installer en zone « très sous-dotée » ou Être installé en zone « très sous dotée » depuis moins d'un an (cf. point 4)*	
Contrat aide à la première installation (CAPII)	Infirmier libéral conventionné pour la première fois	S'installer en zone « très sous-dotée » ou Être installé en zone « très sous dotée » depuis moins d'un an (cf. point 4).* Et Sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie	
Contrat aide au maintien (CAMI)	Infirmier libéral conventionné	Être installé en zone « très sous dotée » (cf. point 4)**	

\* Les infirmiers installés en zone très sous-dotée dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats type régionaux pourront à titre dérogatoire bénéficier de l'adhésion aux contrats aide à l'installation ou aide à la première installation s'ils y sont éligibles.  
\*\* Les infirmiers signataires d'un contrat d'aide à la première installation ou d'un contrat d'aide à l'installation pourront à l'expiration de leur contrat de 5 ans signer un contrat d'aide au maintien.

La caisse communique ensuite au groupe de concertation (voir c, ci-après) :

- la liste des infirmiers éligibles aux différents contrats ;
- la liste des infirmiers ayant fait une demande de contractualisation mais qui ne remplissent pas les conditions d'adhésion aux contrats.

*c) Modalités d'attribution des modulations régionales aux infirmiers demandant l'adhésion aux contrats (mise en place d'une concertation régionale)*

Il est demandé aux ARS de définir les critères d'attribution des modulations régionales aux infirmiers demandant à souscrire à un nouveau contrat incitatif.

L'ARS indique les zones d'attributions des majorations et précise pour chaque zone, la majoration qui lui est applicable. Pour des questions de gestion financière et d'équité, il est souhaitable d'appliquer des modulations relativement similaires entre les différents critères d'attribution.

Ces critères pourront notamment être basés sur l'identification de territoire nécessitant un investissement particulier (quartier de la politique de la ville, territoire avec une part de personnes âgées particulièrement élevé, zones de montagne, zones particulièrement en difficultés...).

Afin d'évaluer l'impact financier des modulations régionales sur l'ensemble des contrats incitatifs au cours d'une année type, l'ARS pourra s'appuyer sur le nombre d'installations intervenues au 31 décembre de l'année précédente. Sur la base du nombre de contrats attribués, l'ARS sera ainsi en mesure de déterminer le nombre d'infirmiers éligibles à une modulation.

➤ **1<sup>re</sup> option : mise en place d'une concertation entre les ARS et les DCGDR pour définir les zones éligibles aux modulations régionales**

Afin de permettre une gestion coordonnée et fluide de ces contrats, il est demandé aux ARS et cellules de coordinations régionales (cellule DCGDR) de définir ensemble les modalités de fonctionnement mises en œuvre dans chaque région.

Le mode d'organisation de cette concertation régionale est laissé à l'appréciation des ARS et des cellules DCGDR. On peut par exemple imaginer la mise en place d'un groupe de concertation entre ARS et coordination régionale de l'assurance maladie à l'instar des concertations mises en œuvre pour la signature des contrats pour la rémunération des maisons de santé pluri-professionnelles (et désormais des communautés professionnelles territoriales de santé) ou encore les contrats démographie intéressant les autres professions.

Ce groupe de concertation aura pour rôle de se prononcer sur les décisions d'attribution des adaptations régionales et leurs inscriptions dans les contrats incitatifs sollicités par les infirmiers.

La fréquence des réunions de ce groupe de concertation sera à définir en fonction du nombre de demandes de contrats à examiner. Toutefois, ces échanges devront se tenir au minimum tous les deux mois, compte tenu des dispositions la loi n° 2013-1005 du 12 novembre 2013 qui prévoit que l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois suivant la demande vaut accord.

Les DCGDR devront ensuite transmettre les décisions prises par le groupe de concertation aux caisses de rattachement des professionnels de santé, pour rédaction des contrats en y intégrant, le cas échéant, les éventuelles modulations régionales accordées.

➤ **2<sup>e</sup> option : délégation par les ARS aux caisses de la sélection des infirmiers éligibles aux modulations régionales**

Une autre option qui peut être retenue par les ARS est de déléguer aux caisses (CPAM/CGSS) la sélection des zones pouvant bénéficier de l'attribution des modulations régionales et le niveau de ces modulations (montant de majoration des aides) sur la base de critères qu'elles définissent en amont.

*d) Notification des décisions aux infirmiers*

La caisse notifie sans délai à l'infirmier la décision prise quant à sa demande de contractualisation et le cas échéant la modulation régionale accordée.

*En cas d'avis favorable à la signature du contrat*

La caisse de rattachement informe l'infirmier de la décision d'accord concernant sa demande de contractualisation et lui propose la signature du contrat.

Le contrat devra être signé en 3 exemplaires (infirmier/assurance maladie/ARS). En effet, les contrats incitatifs sont désormais tripartites.

Les modalités de cette signature sont à définir avec l'infirmier :

- rendez-vous avec l'infirmier pour la signature du contrat puis transmission à l'ARS pour signature ;
- transmission du contrat pré-rempli en 3 exemplaires (Infirmier/ARS/Assurance maladie) pour signature.

Dans tous les cas, le contrat signé par l'infirmier et la caisse devra également être transmis à l'ARS pour signature.

*En cas de décision de refus de contractualisation*

La décision de refus de contractualisation est notifiée par la caisse de rattachement à l'infirmier qui ne remplit pas les conditions lui permettant d'adhérer à un contrat démographique.

Cette notification de refus doit être motivée et précise :

- le(s) motif(s) de la décision (exercice ou installation dans une zone non éligible au contrat/ conditions réglementaires ou éligibilité non remplies...) ;
- les délais et voies de recours : ce sont les juridictions administratives qui seront compétentes donc recours possible devant le tribunal administratif.

Rappel : l'absence de réponse de l'administration dans un délai de deux mois suivant la demande vaut accord.



## **7. Date d'adhésion aux contrats**

La date d'adhésion aux contrats correspond à la date d'enregistrement des actes d'adhésion par la caisse qui ne pourra donc intervenir au plus tôt qu'après publication des arrêtés des directeurs généraux d'ARS définissant les nouveaux zonages et les contrats types régionaux.

Dans le but de favoriser une harmonisation dans la gestion des contrats pour l'ensemble des professionnels et afin de tenir compte des délais de signature par l'ensemble des parties (ARS, CPAM, infirmier), il convient de considérer que la date du contrat est la date de réception par la caisse de la demande d'adhésion de l'infirmier (sans attendre la signature du contrat par l'ensemble des parties).

## **8. Gestion de la période transitoire**

### *a) Concernant les contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5*

Dans l'attente de l'ouverture effective des adhésions aux 3 nouveaux contrats incitatifs (conditionnée à la publication des arrêtés relatifs au nouveau zonage et aux contrats types régionaux pris par le directeur général de chaque ARS), les infirmiers peuvent toujours adhérer aux contrats incitatifs en vigueur (issus des avenants n° 3 et n° 5, sur la base de l'ancien zonage qui restent en vigueur dans l'attente) ou voir renouveler leur adhésion à ces contrats jusqu'à la date d'entrée en vigueur des 3 nouveaux contrats incitatifs (contrat dans ce cadre conclu entre l'infirmier et la CPAM).

À noter que le modèle du CII (avenants n° 3 et n° 5) a été mis à jour au regard des modifications apportées par l'avenant n° 5 (nouveau modèle de contrat présent en annexe VI de l'avenant n° 6). Pour toute nouvelle adhésion au contrat incitatif (avenants n° 3 et n° 5), il y a donc lieu d'utiliser ce nouveau modèle.

À compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il ne sera plus possible d'adhérer ni de voir renouveler son adhésion aux contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5 (l'adhésion aux nouveaux contrats étant désormais possible).

Ces contrats incitatifs infirmiers en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional, seront toutefois honorés jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature (ou leur renouvellement).

Les professionnels dont les contrats incitatifs seront arrivés à échéance pourront par la suite et s'ils le souhaitent demander leur adhésion au nouveau contrat « aide au maintien » dès lors qu'ils y sont éligibles.

À noter également que, par dérogation, les infirmiers ayant conclu des contrats incitatifs conformément aux avenants n° 3 et n° 5 et ne se trouvant plus dans les zones très sous-dotées à la suite de la publication du nouveau zonage verront également leur contrat se poursuivre jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature (ou leur renouvellement).

À noter :

- si l'entrée en vigueur des arrêtés relatifs au nouveau zonage et aux nouveaux contrats types régionaux intervient alors qu'une procédure de renouvellement d'un CII est en cours, la caisse pourra interrompre la procédure et proposer au professionnel concerné d'adhérer au nouveau contrat aide au maintien ;
- un infirmier bénéficiaire d'un contrat incitatif infirmier (CII - avenants n° 3 et n° 5) qui cesse ou suspend son activité libérale en zone très sous-dotée de manière temporaire et qui reprend ensuite son activité sur la même zone n'est pas éligible au nouveau contrat d'aide à l'installation. En effet, ce professionnel qui reprend son activité libérale n'est pas considéré comme un nouvel installé ;
- au contraire, un infirmier bénéficiaire d'un CII (avenants n° 3 et n° 5) qui ferme son cabinet et déménage dans une autre zone très sous-dotée pourra prétendre au nouveau contrat d'aide à l'installation étant donné qu'il apporte une nouvelle offre de soins sur la zone. À noter toutefois que le professionnel ne pourra bénéficier qu'une seule fois de ce nouveau contrat démographique conformément aux dispositions conventionnelles.

### *b) Concernant les 3 nouveaux contrats incitatifs issus de l'avenant n° 6*

Les infirmiers qui installent leur cabinet, dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux pourront, à titre dérogatoire, bénéficier de l'adhésion aux contrats d'aide à l'installation ou d'aide à la première installation. Les termes « dans l'année » doivent être interprétés comme une année glissante et non une année civile.

À noter qu'il ne sera pas possible pour un infirmier d'adhérer à l'un des 3 nouveaux contrats incitatifs infirmiers si son contrat précédent conclu conformément aux avenants n° 3 et n° 5 est toujours en cours (pas de cumul possible). Toutefois, ces infirmiers ont la possibilité s'ils le souhaitent de résilier de manière anticipée leur ancien contrat pour adhérer à l'un des nouveaux contrats.

Il est à noter que le contrat d'aide à l'installation et d'aide à la première installation, d'une durée de 5 ans, ne sont pas renouvelables. Un professionnel ne peut donc bénéficier qu'une seule fois de ces contrats.

En cas de modification ultérieure par l'ARS des zones très sous-dotées entraînant la sortie du lieu d'exercice de l'infirmier de la liste des zones précitées, les contrats se poursuivront jusqu'à leur terme sauf demande de résiliation par l'infirmier.

### **9. Liquidation et paiement des avances**

Concernant les modalités de liquidation et de paiement, des instructions vous seront relayées ultérieurement.

Toutes les interrogations relatives à la mise en œuvre et au fonctionnement de ce dispositif sont à envoyer à l'adresse dédiée :

- pour le réseau de l'assurance maladie : [demographie.dprof.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:demographie.dprof.cnam@assurance-maladie.fr) ;
- pour le réseau des ARS :
  - sur les questions de financement et de conventionnement : [dss-cooperations@sante.gouv.fr](mailto:dss-cooperations@sante.gouv.fr) ;
  - sur la définition des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins : [dgos-r2@sante.gouv.fr](mailto:dgos-r2@sante.gouv.fr).

Pour les ministres et par délégation :

*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

*Le directeur général de l'UNCAM,*  
N. REVEL

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale  
des ministères chargés des affaires sociales,  
S. FOURCADE

## ANNEXES

ANNEXE 1. – Contrats types nationaux.

ANNEXE 2. – Fiches de présentation des contrats.

ANNEXE 3. – Adaptations régionales par contrat.

ANNEXE 4. – Circuit de traitement des demandes de contractualisation et d'attribution des modulations régionales.



ANNEXE 1

ANNEXE 1.A. – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À L'INSTALLATION  
DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-2 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

Vu l'avis portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers publié au *Journal officiel* du 13 juin 2019 ;

Vu l'arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-4 du code de santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à l'installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.1 et à l'annexe III de la convention nationale ;

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'Agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier :

Nom, prénom :

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de :

Sous le numéro :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à l'installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

Article 1<sup>er</sup>

*Champ du contrat d'installation*

Article 1.1

*Objet du contrat d'installation*

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux, en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

## Article 1.2

### *Bénéficiaires du contrat d'installation*

Le contrat d'installation est réservé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à l'installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation en libéral.

## Article 2

### *Engagements des parties dans le contrat d'installation*

#### Article 2.1

##### *Engagements de l'infirmier*

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

##### *Engagement optionnel*

À titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier.

#### Article 2.2

##### *Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé*

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à l'installation d'un montant de 27 500 € au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 9 250 € versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100 % de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 9 250 € versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par

semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100 % de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;

- et ensuite, les trois années suivantes, 3000 € par année, versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 € par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

*Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral dans les zones très sous-dotées*

L'agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire à l'installation et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### Article 3

#### *Durée du contrat d'installation*

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

### Article 4

#### *Résiliation du contrat d'installation*

#### Article 4.1

##### *Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier*

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci.

Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au titre de l'aide au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

## Article 4.2

### *Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie*

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

## Article 5

### *Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées*

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom, prénom

L'agence régionale de santé

Nom, prénom

**ANNEXE 1.B. – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE À LA PREMIÈRE INSTALLATION  
DES INFIRMIERS DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES**

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-2 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

Vu l'avis portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers publié au *Journal officiel* du 13 juin 2019 ;

Vu l'arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-4 du code de santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide à la première installation en libéral des infirmiers en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.2 et à l'annexe IV de la convention nationale ;

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier :

Nom, prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de :

Sous le numéro :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide à la première installation en libéral des infirmiers dans les zones très sous-dotées.

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

***Champ du contrat d'aide à la première installation en libéral***

**Article 1.1**

***Objet du contrat d'aide à la première installation en libéral***

Le contrat a pour objet de favoriser l'installation des infirmiers libéraux conventionnés débutant leur exercice professionnel en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire visant à les accompagner dans cette période de fort investissement généré par leur installation à titre libéral dans ces zones (locaux, équipements, charges diverses etc.).

**Article 1.2**

***Bénéficiaires du contrat d'aide à la première installation en libéral***

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés s'installant en libéral dans une zone « très sous-dotée » telle que définie en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique et sollicitant pour la première fois leur conventionnement avec l'assurance maladie.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat d'aide à la première installation en libéral n'est cumulable ni avec le contrat d'aide au maintien défini à l'article 3.3.1.3 de la convention nationale, ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale.

Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation en libéral.

## Article 2

### *Engagements des parties dans le contrat d'aide à la première installation en libéral*

#### Article 2.1

##### *Engagements de l'infirmier*

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'information (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
- à exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes (les honoraires sans dépassement correspondent aux honoraires liés à l'activité : AMI/AIS/DI/MAU/MCI, hors frais de déplacement et hors majorations nuit et dimanche) ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

##### *Engagement optionnel*

À titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier.

#### Article 2.2

##### *Engagements de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé*

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire à la première installation d'un montant de 37 500 € au maximum.

Cette aide est versée de la manière suivante :

- au titre de la première année, 14 250 € versés à la date de signature du contrat pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100 % de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- au titre de la deuxième année, 14 250 € versés avant le 30 avril de l'année civile suivante, pour une activité libérale conventionnée sur la zone très sous-dotée d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ; pour l'infirmier exerçant entre un à trois jours par semaine à titre libéral sur la zone, le montant est proratisé sur la base de 100 % de l'aide versée pour une activité libérale d'au moins trois jours par semaine (en moyenne sur l'année) ;
- et ensuite, les trois années suivantes, 3 000 € par année versés avant le 30 avril au titre de l'année civile précédente, sans proratisation en fonction de l'activité.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 € par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

*Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide à l'installation en libéral majorée dans les zones très sous-dotées*

L'agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire à la première installation en libéral et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées, telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire à l'installation.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### Article 3

*Durée du contrat d'aide à la première installation en libéral*

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de sa signature, sans possibilité de renouvellement.

### Article 4

*Résiliation du contrat d'aide à la première installation en libéral*

#### Article 4.1

*Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier*

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informera l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

#### Article 4.2

*Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie*

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.



À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La somme proratisée à récupérer est calculée sur la base de la valeur totale de l'aide versée pour l'ensemble du contrat.

La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

#### Article 5

##### *Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées*

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou la caisse d'assurance maladie.

L'infirmier

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom, prénom

L'agence régionale de santé

Nom, prénom

ANNEXE 1.C. – CONTRAT TYPE NATIONAL D'AIDE AU MAINTIEN DES INFIRMIERS  
DANS LES ZONES TRÈS SOUS DOTÉES

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-12-2 et L. 162-14-4 ;

Vu l'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale des infirmiers libéraux et reconduite le 25 juillet 2017 ;

Vu l'avis portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers publié au *Journal officiel* du 13 juin 2019 ;

Vu l'arrêté du 10 janvier 2020 relatif à la méthodologie applicable à la profession d'infirmier pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-4 du code de santé publique ;

Vu l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé du JJ MM AAAA relatif à l'adoption du contrat type régional en faveur de l'aide au maintien des infirmiers libéraux en zones très sous-dotées pris sur la base du contrat type national prévu à l'article 3.3.1.3 et à l'annexe V de la convention nationale ;

Il est conclu entre, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

L'agence régionale de santé (dénommée ci-après l'ARS) de :

Région :

Adresse :

Représentée par : (nom, prénom/fonction/coordonnées)

Et, d'autre part, l'infirmier :

Nom, prénom

Inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des infirmiers de :

Sous le numéro :

Numéro ADELI :

Numéro AM :

Adresse professionnelle :

un contrat d'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées.

Article 1<sup>er</sup>

*Champ du contrat de maintien*

Article 1.1

*Objet du contrat de maintien*

Le contrat a pour objet de favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées » par la mise en place d'une aide forfaitaire.

Cette option vise à inciter les infirmiers libéraux à maintenir leur exercice en zone « très sous-dotée ».

Article 1.2

*Bénéficiaires du contrat de maintien*

Ce contrat est proposé aux infirmiers libéraux conventionnés installés dans une zone « très sous-dotée » telle que définie au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

L'adhésion au contrat est individuelle. Par conséquent, chaque infirmier d'un cabinet de groupe doit accomplir à titre personnel les démarches d'adhésion.

Dans le cas d'un exercice en groupe, il joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.

Pour un même infirmier, le contrat de maintien n'est pas cumulable ni avec le contrat d'aide à l'installation en libéral défini à l'article 3.3.1.1 de la convention nationale des infirmiers, ni avec le contrat d'aide à la première installation en libéral défini à l'article 3.3.1.2 de la convention nationale.

## Article 2

### *Engagements des parties dans le contrat de maintien*

#### Article 2.1

##### *Engagement de l'infirmier*

L'infirmier s'engage :

- à remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation (indicateurs socles) prévues à l'article 22 de la convention nationale des infirmiers ;
- à exercer pendant une durée minimale de trois ans dans une zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion au contrat ;
- à justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone très sous-dotée en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la première année et 30 000 € les années suivantes ;
- à exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel quelle que soit sa forme juridique ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé telle que définie à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique ou à une équipe de soins primaires définie à l'article L. 1411-11-1 du code de la santé publique avec formalisation d'un projet de santé commun déposé à l'ARS.

En outre, il s'engage à informer la caisse de la circonscription de son cabinet principal de son intention de cesser son activité dans la zone avant l'échéance du contrat, et ce sans délai.

##### *Engagement optionnel*

À titre optionnel, l'infirmier peut également s'engager à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier.

#### Article 2.2

##### *Engagement de l'assurance maladie et de l'agence régionale de santé*

En contrepartie du respect des engagements définis à l'article 2.1 par l'infirmier, l'assurance maladie s'engage à verser une aide forfaitaire au maintien de l'activité d'un montant de 3 000 € au maximum par an. Elle est versée au titre de chaque année avant le 30 avril de l'année civile suivante.

L'infirmier formé au tutorat et adhérant au contrat bénéficie également d'une rémunération complémentaire d'un montant de 150 € par mois (pendant la durée du stage de fin d'études) s'il s'est engagé, à titre optionnel, à accueillir dans son cabinet un étudiant infirmier stagiaire à temps plein pendant la durée de son stage de fin d'études dans les conditions précisées à l'annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009 modifié relatif au diplôme d'État d'infirmier. Ce montant est proratisé en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire.

Le versement des aides est conditionné au respect des engagements prévus au contrat.

En cas d'adhésion au cours d'une année civile, le respect des engagements est apprécié à compter du premier jour du mois suivant la date d'adhésion.

##### *Modulation régionale par l'agence régionale de santé du montant de l'aide au maintien des infirmiers libéraux dans les zones très sous-dotées*

L'agence régionale de santé peut accorder une majoration de cette aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaire pour les infirmiers adhérant au présent contrat exerçant dans des zones identifiées par l'agence régionale de santé comme particulièrement déficitaires en offre de soins en infirmiers parmi les zones très sous-dotées, telle que prévue au 1° de l'article L. 1434-4 du code de santé publique.

Cette majoration est définie dans le contrat type régional arrêté par chaque ARS conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-4 du code de la sécurité sociale.

Cette modulation bénéficie au maximum à 20 % des zones « très sous dotées ».

Cette majoration ne peut excéder 20 % de l'aide forfaitaire au maintien et de l'aide optionnelle pour l'accueil de stagiaires.

Pour les infirmiers faisant l'objet d'une majoration de l'aide, le montant de l'aide forfaitaire tenant compte de la majoration est précisé dans le contrat.

### Article 3

#### *Durée du contrat de maintien*

Le présent contrat est conclu pour une durée de trois ans à compter de sa signature, renouvelable par tacite reconduction.

### Article 4

#### *Résiliation du contrat d'aide au maintien*

#### Article 4.1

##### *Rupture d'adhésion à l'initiative de l'infirmier*

L'infirmier peut à tout moment décider de résilier son adhésion au contrat et ce, avant le terme de celui-ci. Cette résiliation prend effet à la date de réception par la caisse d'assurance maladie, du ressort du cabinet principal du professionnel, de la lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de cette résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

Dans ce cas, la caisse d'assurance maladie du ressort du cabinet principal du professionnel procède à la récupération des sommes indûment versées au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation demandée par l'infirmier

#### Article 4.2

##### *Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie*

En cas d'absence de respect par l'infirmier de tout ou partie de ses engagements (infirmier ne répondant plus aux critères d'éligibilité au contrat définis à l'article 1.2 du contrat ou ne respectant plus ses engagements définis à l'article 2.1, la caisse l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception de son intention de résilier le contrat.

L'infirmier dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse.

À l'issue de ce délai, la caisse peut notifier à l'infirmier la fin de son adhésion et récupérer les sommes indûment versées au titre du contrat au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation. La caisse d'assurance maladie informe l'agence régionale de santé de cette résiliation.

### Article 5

#### *Conséquence d'une modification des zones très sous-dotées*

En cas de modification par l'ARS des zones très sous-dotées prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique entraînant la sortie du lieu d'installation de l'infirmier adhérent de la liste des zones très sous-dotées, le contrat se poursuit jusqu'à son terme sauf demande de résiliation par l'infirmier ou l'assurance maladie.

L'infirmier

Nom, prénom

La caisse d'assurance maladie

Nom, prénom

L'agence régionale de santé

Nom, prénom

ANNEXE 2

**Fiche 1. – Contrat incitatif infirmier. – Aide à l'installation (CAII)**

OBJET	Favoriser l'installation des infirmiers libéraux en zones « très sous-dotées », par la mise en place d'une aide forfaitaire pour les accompagner dans cette période de fort investissement générée par le début d'activité en exercice libéral dans ces zones.
BÉNÉFICIAIRES	Infirmiers libéraux conventionnés s'installant en zone « très sous-dotée » après la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à l'installation et du nouveau zonage régional. Les infirmiers installés en zone très sous-dotée dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux pourront à titre dérogatoire bénéficier de ce contrat (année glissante).
MODALITÉS D'ADHÉSION	Contrat tripartite signé entre l'infirmier, la caisse et l'ARS. Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG ARS sur la base du contrat figurant en annexe III de la convention nationale. L'adhésion au contrat est individuelle. Dans le cas d'un exercice en groupe, l'infirmier joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe. Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à l'installation.
ENGAGEMENTS DE L'INFIRMIER	<div>ENGAGEMENTS SOCLES</div> <p>Remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation prévues à l'article 22 de la convention nationale. Exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion. Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1<sup>re</sup> année et 30 000 € les années suivantes. Exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une ESP.</p> <div>ENGAGEMENT OPTIONNEL</div> <p>Exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage dans son cabinet d'un étudiant infirmier.</p>
AIDE VERSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE	<div>AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS SOCLES</div> <p>Versement à l'infirmier d'une aide 27 500 euros sur 5 ans : 9 250 euros versés à la date de signature du contrat ; 9 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ; sur les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.</p> <div>AU TITRE DU RESPECT DE L'ENGAGEMENT OPTIONNEL</div> <p>Versement à l'infirmier d'une aide de 150 euros par mois (pendant la durée de stage - montant à proratiser en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire).</p>
DURÉE	<p>ATTENTION :</p> <p>Montant à proratiser en cas de résiliation du contrat en cours d'année. Montant de l'aide pour la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> année à proratiser si l'infirmier exerce moins de 3 jours par semaine à titre libéral sur la zone (en moyenne sur l'année). Possibilité pour l'ARS de majorer les aides pour les zones particulièrement déficitaires dans la double limite de 20 % des zones très sous-dotées et de 20 % du montant des aides (se référer au contrat type régional).</p> <p>5 ans NON RENOUVELABLE</p>
ENTRÉE EN VIGUEUR	Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à l'installation pris sur la base du contrat type national figurant en annexe III de la convention et du nouveau zonage régional.

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES	NON CUMULABLE AVEC : <ul style="list-style-type: none"><li>– le contrat d’aide au maintien ;</li><li>– le contrat d’aide à la première installation ;</li><li>– le contrat incitatif infirmier conclu conformément aux avenants n° 3 et n° 5.</li></ul>	
	<p>RÉSILIATION</p> <p>À tout moment. Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM. Récupération des sommes indument versées ( au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation).</p> <p>PAR L'INFIRMIER</p>	<p>PAR LA CPAM</p> <p>Constat non-respect par l'IDE de ses engagements/IDE plus éligible. Courrier CPAM LRAR informant l'IDEL de son intention de résilier le contrat (IDEL a 1 mois pour communiquer ses observations) puis à l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin de l'adhésion. Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat).</p>

Fiche 2. – Contrat incitatif infirmier. – Aide à la première installation (CAPII)

OBJET	Favoriser l'installation des infirmiers libéraux débutant leur exercice professionnel en zone très sous-dotée par la mise en place d'une aide financière visant à les accompagner dans cette période de fort investissement professionnel généré par le début d'activité dans la zone.				
BÉNÉFICIAIRES	Infirmiers libéraux conventionnés s'installant dans une zone « très sous-dotée » et sollicitant pour la première fois leur conventionnement auprès de l'assurance maladie après la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à l'installation et du nouveau zonage régional. Les infirmiers installés en zone très sous-dotée dans l'année précédant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux pourront à titre dérogatoire bénéficier de ce contrat (année glissante).				
MODALITÉS D'ADHÉSION	Contrat tripartite signé entre l'infirmier, la caisse et l'ARS. Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG ARS sur la base du contrat figurant en annexe IV de la convention. L'adhésion au contrat est individuelle. Dans le cas d'un exercice en groupe, l'infirmier joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe. Un infirmier ne peut bénéficier qu'une seule fois du contrat d'aide à la première installation.				
ENGAGEMENTS DE L'INFIRMIER	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ENGAGEMENTS SOCLES</th><th>ENGAGEMENT OPTIONNEL</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation prévues à l'article 22 de la convention nationale. Exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion. Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1<sup>re</sup> année et 30 000 € les années suivantes. Exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une ESP.</td><td>Exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage dans son cabinet d'un étudiant infirmier.</td></tr> </tbody> </table>	ENGAGEMENTS SOCLES	ENGAGEMENT OPTIONNEL	Remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation prévues à l'article 22 de la convention nationale. Exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion. Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1 <sup>re</sup> année et 30 000 € les années suivantes. Exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une ESP.	Exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage dans son cabinet d'un étudiant infirmier.
ENGAGEMENTS SOCLES	ENGAGEMENT OPTIONNEL				
Remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation prévues à l'article 22 de la convention nationale. Exercer pendant une durée minimale de cinq ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion. Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1 <sup>re</sup> année et 30 000 € les années suivantes. Exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une ESP.	Exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage dans son cabinet d'un étudiant infirmier.				
AIDE VERSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE	<table border="1"> <thead> <tr> <th>AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS SOCLES</th><th>AU TITRE DU RESPECT DE L'ENGAGEMENT OPTIONNEL</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si respect des engagements, versement à l'infirmier d'une aide de 37 500 euros sur 5 ans : 14 250 euros versés à la date de signature du contrat ; 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ; sur les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.</td><td>Versement à l'infirmier d'une aide de 150 euros par mois (pendant la durée de stage - montant à proratiser en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire).</td></tr> </tbody> </table> <p>ATTENTION : Montant à proratiser en cas de résiliation du contrat en cours d'année. Montant de l'aide pour la 1<sup>re</sup> et la 2<sup>e</sup> année à proratiser si l'infirmier exerce moins de 3 jours par semaine à titre libéral sur la zone (en moyenne sur l'année). Possibilité pour l'ARS de majorer les aides pour les zones particulièrement déficitaires dans la double limite de 20 % des zones très sous-dotées et de 20 % du montant des aides (se référer au contrat type régional).</p>	AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS SOCLES	AU TITRE DU RESPECT DE L'ENGAGEMENT OPTIONNEL	Si respect des engagements, versement à l'infirmier d'une aide de 37 500 euros sur 5 ans : 14 250 euros versés à la date de signature du contrat ; 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ; sur les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.	Versement à l'infirmier d'une aide de 150 euros par mois (pendant la durée de stage - montant à proratiser en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire).
AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS SOCLES	AU TITRE DU RESPECT DE L'ENGAGEMENT OPTIONNEL				
Si respect des engagements, versement à l'infirmier d'une aide de 37 500 euros sur 5 ans : 14 250 euros versés à la date de signature du contrat ; 14 250 euros versés avant le 30 avril de l'année civile suivante ; sur les trois années suivantes, 3 000 euros par année versés avant le 30 avril de l'année civile suivante.	Versement à l'infirmier d'une aide de 150 euros par mois (pendant la durée de stage - montant à proratiser en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire).				
DURÉE	5 ans NON RENOUVELABLE				
ENTRÉE EN VIGUEUR	Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à la première installation pris sur la base du contrat type national figurant en annexe IV de convention nationale et du nouveau zonage.				
LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES	<p>NON CUMULABLE AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le contrat d'aide à l'installation ;</li> <li>– le contrat d'aide au maintien ;</li> <li>– le contrat incitatif infirmier conclu conformément aux avenants n° 3 et n° 5.</li> </ul>				



RÉSILIATION	<p>À tout moment. Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM. Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat).</p>	<p>PAR LA CPAM</p> <p>Constat non-respect par l'IDE de ses engagements/IDE plus éligible. Courrier CPAM LRAR informant IDE de son intention de résilier le contrat (IDE a 1 mois pour communiquer ses observations) puis à l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin de l'adhésion. Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat).</p>
-------------	---	---

**Fiche 3. – Contrat incitatif infirmier. – Aide au maintien (CAMI)**

OBJET	Favoriser le maintien des infirmiers libéraux en zones très sous-dotées par la mise en place d'une aide financière.	
BÉNÉFICIAIRES	Infirmiers libéraux conventionnés installés en zone très sous-dotée après la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à l'installation et du nouveau zonage régional. Les infirmiers signataires d'un contrat d'aide à la 1 <sup>re</sup> installation ou d'un contrat d'aide à l'installation, peuvent, à l'expiration de leur contrat de 5 ans, signer un contrat d'aide au maintien.	
MODALITÉS D'ADHÉSION	Contrat tripartite signé entre l'infirmier, la caisse et l'ARS. Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG ARS sur la base du contrat figurant en annexe V de la convention nationale. L'adhésion au contrat est individuelle. Dans le cas d'un exercice en groupe, l'infirmier joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.	
ENGAGEMENTS DE L'INFIRMIER	<p><b>ENGAGEMENTS SOCLES</b></p> <p>Remplir les conditions lui permettant de percevoir les aides à la modernisation et à l'informatisation prévues à l'article 22 de la convention nationale. Exercer pendant une durée minimale de trois ans dans la zone « très sous-dotée » à compter de la date d'adhésion. Justifier d'une activité libérale conventionnée réalisée à 50 % de son activité dans la zone « très sous-dotée » en ayant un honoraire annuel sans dépassement de plus de 10 000 € sur la zone la 1<sup>re</sup> année et 30 000 € les années suivantes. Exercer au sein d'un groupe formé d'infirmiers, d'un groupe pluri-professionnel, appartenir à une CPTS ou à une ESP.</p>	<p><b>ENGAGEMENT OPTIONNEL</b></p> <p>Exercer les fonctions de maître de stage et accueillir en stage un étudiant infirmier.</p>
AIDE VERSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE	<p><b>AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS SOCLES</b></p> <p>Versement d'une aide 3 000 euros par an (avant le 30 avril de l'année civile suivante) pendant 3 ans .</p>	<p><b>AU TITRE DU RESPECT DE L'ENGAGEMENT OPTIONNEL</b></p> <p>Versement d'une aide de 150 euros par mois (pendant la durée de stage - montant à proratiser en cas d'accueil à temps partiel d'un stagiaire).</p>
DURÉE	<p><b>ATTENTION :</b></p> <p>Montant à proratiser en cas d'adhésion ou de résiliation du contrat en cours d'année. Possibilité pour l'ARS de majorer les aides pour les zones particulièrement déficitaires dans la double limite de 20 % des zones très sous-dotées et de 20 % du montant des aides (se référer au contrat type régional).</p>	
ENTRÉE EN VIGUEUR	3 ans RENOUELABLE (par tacite reconduction)	
LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES	<p>Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional aide à l'installation pris sur la base du contrat type national figurant en annexe V de la convention nationale et du nouveau zonage.</p> <p><b>NON CUMULABLE AVEC :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le contrat d'aide à l'installation ;</li> <li>– le contrat d'aide à la première installation ;</li> <li>– le contrat incitatif infirmier conclu conformément aux avenants n° 3 et n° 5.</li> </ul>	

RÉSILIATION	<p>À tout moment.</p> <p>Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM.</p> <p>Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation).</p>	<p>PAR L'INFIRMIER</p> <p>PAR LA CPAM</p> <p>Constat non-respect par l'IDE de ses engagements/IDE plus éligible.</p> <p>Courrier CPAM LRAR informant IDE de son intention de résilier le contrat (IDE a 1 mois pour communiquer ses observations) puis à l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin de l'adhésion.</p> <p>Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation).</p>
-------------	---	--

OBJET	Favoriser l'installation et le maintien des infirmiers libéraux en zone très sous-dotées.
BÉNÉFICIAIRES	Infirmiers libéraux conventionnés s'installant ou installés en zone très sous-dotée. A compter de l'entrée en vigueur dans la région des contrats types régionaux et du nouveau zonage, il ne sera plus possible d'adhérer ni de voir renouveler son adhésion aux contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5
MODALITÉS D'ADHÉSION	Contrat signé entre l'infirmier et la caisse selon le formulaire d'adhésion prévu à l'annexe VII de la convention nationale. L'adhésion au contrat est individuelle. Dans le cas d'un exercice en groupe, l'infirmier joint à l'acte d'adhésion une copie du contrat de groupe.
ENGAGEMENTS DE L'INFIRMIER	Avoir un taux de télétransmission en SESAM-Vitale supérieur ou égal à 80 %. Réaliser deux tiers de son activité (66 %) auprès de patients résidant dans la zone « très sous dotée ».
AIDE VERSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE	AU TITRE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS  Versement d'une aide à l'équipement d'un montant de 5 500 € par an pendant 3 ans..  ATTENTION : Montant à proratiser en cas d'adhésion ou de résiliation du contrat en cours d'année.
DURÉE	3 ans RENOUVELABLE
FIN DU DISPOSITIF	A compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage et des contrats types régionaux, il n'est plus possible d'adhérer ni de voir renouveler son adhésion aux contrats incitatifs infirmiers conclus dans le cadre des avenants n° 3 et n° 5. Les contrats incitatifs infirmiers signés avant l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional seront toutefois honorés jusqu'à leur terme, c'est-à-dire en principe trois ans après leur signature.
LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES	NON CUMULABLE AVEC : – le contrat d'aide à l'installation ; – le contrat d'aide à la première installation ; – le contrat d'aide au maintien.
RÉSILIATION	<div>PAR L'INFIRMIER</div> <p>À tout moment. Effet : date de réception du courrier LRAR par la CPAM. Récupération des sommes indument versées ( au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation).</p> <div>PAR LA CPAM</div> <p>Constat non-respect par l'IDE de ses engagements/IDE plus éligible. Courrier CPAM LRAR informant IDE de son intention de résilier le contrat (IDE a 1 mois pour communiquer ses observations) puis à l'issue des 1 mois, possibilité de notification de la fin de l'adhésion. Récupération des sommes indument versées (au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation)</p>

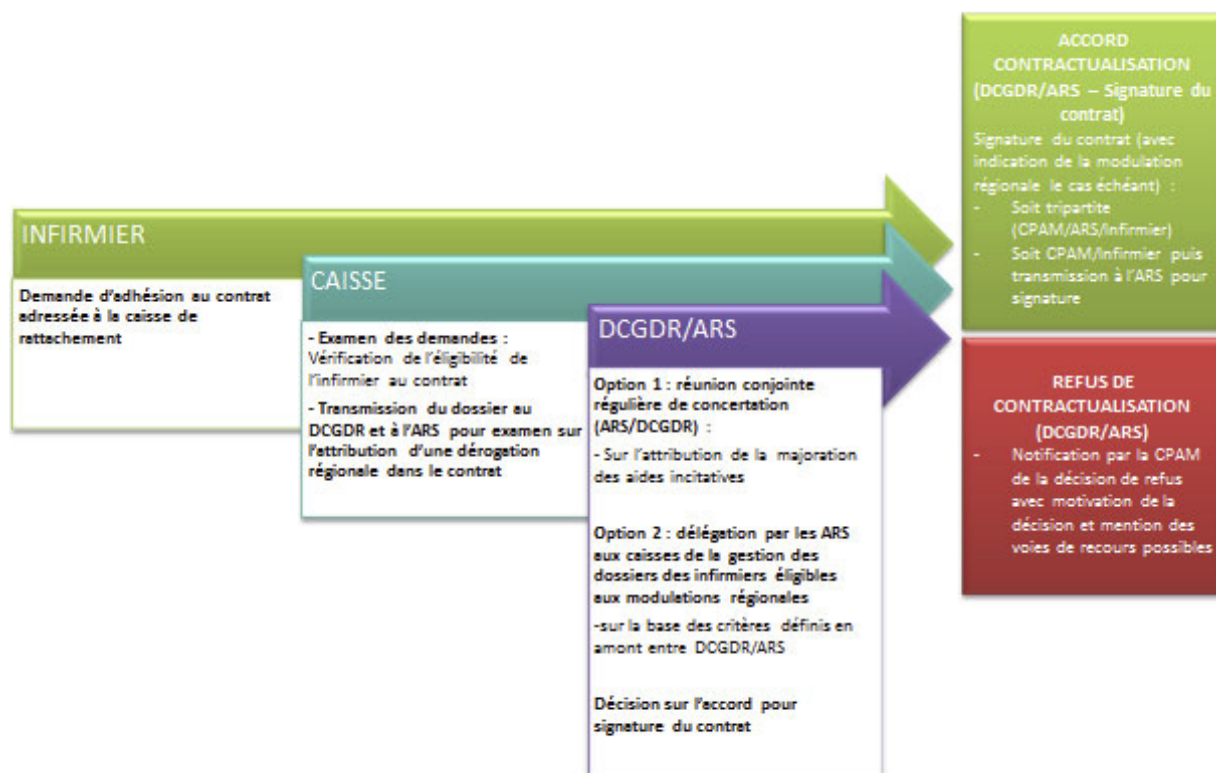
### ANNEXE 3

#### DESCRIPTION DES POSSIBILITÉS D'ADAPTATIONS RÉGIONALES PAR CONTRAT

TYPE de contrat	POSSIBILITÉ D'ADAPTATIONS RÉGIONALES OUVERTES par le contrat type national	PRÉCISIONS
CAII CAPII CAMI	<p>Sur les rémunérations :</p> <p>Possibilité pour l'ARS de prévoir dans le contrat type régional une majoration des aides pour les zones particulièrement déficitaires dans la limite de 20 % du montant des aides défini dans les différents contrats types annexés à l'avenant n° 6.</p> <p><i>(cf. article 3.3.2 et article 2.2 des annexes 3, 4 et 5 de l'avenant n° 6)</i></p> <p>Sur les zones éligibles à la majoration :</p> <p>La dérogation ne peut concerner au maximum que 20 % des zones très sous-dotées de la région.</p>	<p>L'ARS est libre de décider d'intégrer ou non cette modulation du montant de l'aide dans le contrat type régional.</p> <p>Si elle l'intègre, l'ARS définit le niveau de cette majoration qui ne pourra pas excéder 20% du montant de l'aide forfaitaire défini dans les contrats types nationaux annexés à l'avenant n° 6.</p> <p><i>(cf. annexe 2, fiches 1 à 3)</i></p>

## ANNEXE 4

### CIRCUIT DE TRAITEMENT DES DEMANDES DE CONTRACTUALISATION



## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 3 février 2020 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois de novembre 2019**

NOR : SSAH2030030A

Le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7 ;  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;  
Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment l'article 33 ;  
Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;  
Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;  
Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;  
Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ;  
Vu l'arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;  
Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;  
Vu l'arrêté du 1<sup>er</sup> décembre 2017 modifiant l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;  
Vu l'arrêté du 6 mars 2019 fixant pour l'année 2019 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;  
Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois de novembre 2019, le 6 janvier 2020, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

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

Au titre de l'activité déclarée pour le mois de novembre 2019, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 25512351,04 €, dont 0 € au titre de l'année 2018, soit :

1. 22328727,45 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :
  - 18548861,45 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments, dont 0 € au titre de l'année 2018 ;
  - 7803,70 € au titre des forfaits « prélèvements d'organe » (PO), dont 0 € au titre de l'année 2018 ;
  - 1131,64 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG), dont 0 € au titre de l'année 2018 ;
  - 89826,14 € au titre des transports ;
  - 265471,28 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU), dont 0 € au titre de l'année 2018 ;
  - 58580,52 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE), dont 0 € au titre de l'année 2018 ;



3357052,72 € au titre des actes et consultations externes (ACE), dont 0 € au titre de l'année 2018.

2. 2473393,87 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale, se décomposant comme suit :

2198495,82 € au titre des « médicaments séjour », dont 0 € au titre de l'année 2018 ;

271603,66 € au titre des « médicaments ATU séjour », dont 0 € au titre de l'année 2018 ;

3294,39 € au titre des « médicaments en externe (médicaments ACE) », dont 0 € au titre de l'année 2018.

3. 710229,72 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dont 0 € au titre de l'année 2018.

4. 0 € au titre des forfaits « prestations intermédiaires » (PI), dont 0 € au titre de l'année 2018.

#### Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 55474,81 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME), dont 0 € au titre de l'année 2018.

#### Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 0 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins urgents (SU), dont 0 € au titre de l'année 2018.

#### Article 4

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à – 2546,41 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus, dont 0 € au titre de l'année 2018.

#### Article 5

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

#### Article 6

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

Fait le 3 février 2020.

Pour le ministre de l'action  
et des comptes publics et par  
délégation :

*Le sous-directeur du financement  
du système de soins,*  
NICOLAS LABRUNE

Pour la ministre des solidarités  
et de la santé et par délégation :  
*La sous-directrice de la régulation  
de l'offre de soins,*  
SYLVIE ESCALON

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins

Mission de la coordination  
et gestion des risques

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la performance  
des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins

CAISSE NATIONALE  
D'ASSURANCE MALADIE  
DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

*Direction déléguée à la gestion  
et à l'organisation des soins*

*Direction de l'offre de soins*

Département de l'hospitalisation  
(DHOSPI)

#### **Instruction interministérielle n° SS/MCGRM/DGOS/PF2/CNAM/DHOSPI/2020/17 du 24 janvier 2020 relative aux modalités de suivi des CAQES durant la phase transitoire de 2020**

NOR : SSAS2002592J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 24 janvier 2020. – Visa CNP 2020-06.

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

*Résumé* : cette instruction précise les modalités de transition applicables aux CAQES en cours en 2020, notamment la prolongation du moratoire sur les sanctions, leur évaluation, ainsi que la mise en œuvre de l'intéressement et présente les indicateurs de suivi des quatre thèmes identifiés au niveau national qui seront testés dès 2020.

*Mention outre-mer* :

Texte applicable en :

- Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion ;
- Saint-Martin, Saint-Barthélemy ;
- Mayotte.

Texte non applicable en Polynésie française, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna et Saint-Pierre-et-Miquelon.

*Mots clés* : établissements de santé – contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

*Références* :

Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 ;

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 6113-7 et L. 6113-8 ;

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 ;

Décret n° 2017-584 du 20 avril 2017 fixant les modalités d'application du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins ;

Arrêté du 27 avril 2017 relatif au contrat type d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins mentionné à l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale ;

Instruction interministérielle n° DSS/1A/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

**Annexes :**

- Annexe 1. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP).
- Annexe 2. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM).
- Annexe 3. – Indicateur examens pré-anesthésiques.
- Annexe 4. – Indicateur prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de transports.

*La ministre des solidarités et de la santé, le ministre de l'action et des comptes publics et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs régionaux de la gestion du risque ; Mesdames et Messieurs les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé ; Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (pour application).*

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), contrat tripartite signé entre les établissements de santé, les ARS et l'assurance maladie, a été créé par la LFSS pour 2016. Il vise à compléter le CPOM en reprenant dans un contrat unique les objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques qui faisaient l'objet auparavant de multiples contrats (CAQOS produits de santé et transports, contrat de bon usage des médicaments, contrat de pertinence et contrat d'amélioration des pratiques).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, plus de 2000 contrats ont été signés. Toutefois, le nombre d'indicateurs comme le peu de temps laissé à la personnalisation et à la négociation des contrats n'ont pas favorisé l'adhésion souhaitée des équipes hospitalières.

Par ailleurs la montée en charge d'autres dispositifs<sup>1</sup>, ainsi que les engagements ministériels pris le 20 novembre 2019, dans le cadre du plan « Investir pour l'hôpital » qui fait de la pertinence l'un des leviers prioritaire de régulation de notre système de santé, invitent à revoir le périmètre de ces contrats.

À l'issue de deux enquêtes qualitatives réalisées auprès des établissements du réseau assurance maladie et des agences régionales de santé, d'une phase de concertation menées avec les acteurs, il est proposé de recentrer le contrat sur un nombre limité de priorités d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins.

**I. – RAPPEL DES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES QUI VISENT À RENFORCER LE LEVIER INCITATIF ET À Doter les ARS d'un nouveau levier visant à lutter contre les situations de sur-recours**

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a modifié les dispositions législatives s'appliquant au CAQES. Le nouveau contrat s'articulera à terme autour de deux leviers :

- un levier incitatif, avec la définition de quinze priorités au travers d'indicateurs régionaux et nationaux centrés sur l'amélioration de la pertinence et l'efficacité des soins. Les établissements qui devront contractualiser seront notamment ciblés en fonction de leur niveau de prescription et de l'impact financier des économies attendues. Le dispositif d'intéressement associé à ce contrat sera renforcé. L'intéressement régional, déjà délégué à hauteur de 12,5 M€, sera complété par un intéressement national défini par indicateur, offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions.

Une attention particulière sera portée à la non redondance des actes ciblés aux niveaux national et régional ;

- un levier de prévention du sur-recours, avec la création d'un outil de « mise sous surveillance » à la main des DG d'ARS. Pour environ une quinzaine d'actes, prestations ou prescriptions définis par un arrêté national, un volet supplémentaire pourra être signé entre les ARS

---

<sup>1</sup> Des changements législatifs sont intervenus sur les transports (article 80) et le financement à la qualité (IFAQ) avec une montée en charge du montant financier alloué. Les expérimentations réalisées dans le cadre de l'article 51 représentent également un levier de développement de dispositifs d'intéressement plus ciblés pour mobiliser les équipes hospitalières sur la maîtrise des coûts des prescriptions exécutées en ville (pour les médicaments biosimilaires).

et les établissements dont les pratiques s'écartent significativement, en nombre ou en évolution, des moyennes régionales ou nationales. Ce nouveau levier permettra en dernière intention et à l'issue d'une période de deux ans, d'agir sur le niveau de remboursement de l'acte concerné. La nature des données, les méthodes utilisées, et les modalités de déclinaison au niveau régional seront définies par décret.

La LFSS a prévu une entrée en vigueur à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2021. Néanmoins une disposition transitoire prévoit que « les CAQES signés à la date de la publication de la présente loi par les établissements qui, au 1<sup>er</sup> janvier 2021, ne sont pas ciblés conformément aux nouvelles dispositions, cessent de produire leurs effets à cette date ».

L'année 2020 constitue donc une année transitoire qui doit nous permettre de préparer l'application de ces nouvelles dispositions.

Pour le volet incitatif, il s'agit :

- de tester quatre indicateurs nationaux qui pourraient faire l'objet d'une contractualisation en 2021. Ces indicateurs, qui font l'objet d'une présentation ci-après, sont relatifs au recours aux ambulances par rapport au transport assis, aux prescriptions des inhibiteurs de pompes à protons, aux prescriptions de perfusions à domicile, et aux examens pré-anesthésiques pour des actes de chirurgie mineure ;
- de sélectionner et identifier les autres indicateurs, nationaux et régionaux, qui doivent faire l'objet d'une contractualisation en 2021 ;
- de créer les outils de suivi et de reporting nécessaires à la contractualisation et au déploiement des contrats en 2021. Une nouvelle instruction sera diffusée en avril 2020 précisant les modalités de clôture des CAQES actuellement en cours, et le cadre des nouveaux CAQES 2021 en déclinaison de la stratégie ministérielle en matière de pertinence.

Pour le volet de prévention du sur-recours, il s'agira de :

- de définir par arrêté la liste des actes qui pourront faire l'objet de cette mesure ;
- de définir par décret les modalités d'élaboration du plan régional, la nature des données, les méthodes utilisées.

Les modalités de cette phase transitoire ont fait l'objet d'une présentation aux fédérations au niveau national.

La présente instruction a donc pour objet de préciser les modalités de suivi des CAQES en cours et de déploiement de nouveaux indicateurs en 2020, année transitoire, avant la mise en œuvre des nouveaux CAQES au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

## II. – LE SUIVI DES CAQES EN COURS (2018, 2019, 2020)

### **La poursuite des engagements pris avec les établissements**

Les dispositions législatives de la LFSS 2020 n'impactent pas les contrats conclus en 2019 pour l'année 2020. Les engagements pris, en région, avec les établissements se poursuivent.

### **La nécessité d'évaluer les contrats 2018, 2019 et 2020**

Les CAQES 2018 ont fait l'objet d'une première évaluation au printemps 2019, il sera nécessaire de la compléter avec des éléments plus qualitatifs concernant les résultats obtenus et l'intéressement versé.

Les CAQES 2019 et 2020 feront également l'objet d'une évaluation respectivement en 2020 et 2021, sur la base de l'arrêté du 12 décembre 2018 fixant les référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, exprimés en volume ou en dépenses d'assurance maladie mentionnés à l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale.

Ces évaluations permettront en effet d'avoir un suivi sur trois ans des indicateurs définis en 2018 et 2019, et de définir de nouvelles priorités régionales.

L'évaluation des CAQES 2019 est également primordiale pour réaliser le ciblage prévu par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et définir les établissements qui feront l'objet d'un contrat en 2021.

### **La prolongation du moratoire en attendant la mise en œuvre des nouvelles dispositions**

Un moratoire de deux ans sur les sanctions en cas de non atteinte des résultats a été prononcé en 2017. Celui-ci est prolongé pour les contrats 2019 et 2020 afin de permettre la mise en œuvre des dispositions relatives au « nouveau CAQES ».

L'évaluation de ces contrats ne fera donc pas l'objet de sanctions en cas de non atteinte des résultats en 2020 pour les CAQES 2019, ni en 2021 pour les CAQES 2020.

### **La sanctuarisation de l'intéressement régional et la possibilité de tester pour les quatre premiers indicateurs l'intéressement national**

L'intéressement régional a été délégué aux agences régionales de santé en 2019 pour un montant de 12,5 M€. Il est désormais en base et il doit être utilisé pour mobiliser les établissements sur l'atteinte de leurs objectifs en matière de pertinence et d'efficacité.

L'intéressement national, pour les quatre premiers indicateurs qui seront testés en 2020, offrant la possibilité aux établissements volontaires de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions sera délégué en 2021 sur les résultats constatés en 2020.

Certains établissements ayant signé un contrat en 2020 auront donc la possibilité d'émarger sur les deux types d'intéressements en 2021. En cas de doublons sur certains indicateurs, les ARS veilleront à adapter l'intéressement régional pour éviter de sur-rémunérer l'atteinte de certains objectifs.

## **III. – LES QUATRE INDICATEURS QUI POURRONT FAIRE L'OBJET D'UN INTÉRESSEMENT NATIONAL**

### **A. – PRÉSENTATION DES INDICATEURS**

En anticipation des nouveaux CAQES en 2021, il est proposé de tester en 2020 avec les établissements ciblés et volontaires quatre indicateurs, correspondant aux priorités nationales en matière de gestion du risque.

Vous trouverez en annexe la présentation détaillée de ces indicateurs (fiche indicateur, présentation power point). Un outil d'aide au ciblage des établissements vous est également transmis en parallèle à cette présente instruction.

### **Indicateurs prioritaires au niveau national**

#### *Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)*

Les IPP sont souvent surprescrits et rarement déprescrits. Les études montrent que ces traitements peuvent être initiés de façon non cliniquement justifiée au décours d'une hospitalisation<sup>2</sup>. Leur utilisation se prolongeant ainsi en ville à long terme et sans réévaluation de l'indication médicale. Ce mésusage varie de 40 % à plus de 80 % selon les populations étudiées et les critères retenus. Outre son caractère inapproprié, cette utilisation massive est problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables.

De nombreux référentiels existent pour améliorer la pertinence de ces prescriptions et pour mettre en œuvre des actions de déprescription de ces médicaments. Les OMÉDITs produisent et actualisent régulièrement des outils sur le bon usage des IPP et les acteurs hospitaliers sont familiers de ces référentiels qu'ils utilisent quotidiennement.

Ces éléments de constat expliquent le choix de déployer dès 2020 un premier indicateur sur les IPP. L'objectif de cet indicateur est d'inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issue du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP ainsi qu'à inciter les établissements à mettre en œuvre des actions visant à réduire le mésusage d'IPP.

Il est défini de la façon suivante :

Indicateur = (Dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année N) – (Dépense remboursée PHEV issue des prescriptions de l'établissement en année N – 1)

L'intéressement s'élève à 20 % de la moindre dépense. Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé.

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

---

<sup>2</sup> ANSM, Utilisation des IPP : étude observationnelle (2018).

*Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)*

La prescription de PERFADOM a très nettement augmenté et la dépense associée a progressé de près de 10 % par an depuis 2015. Il existe trois grandes modalités de perfusion prises en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : (i) par gravité ; (ii) par diffuseur ; (iii) par systèmes actifs électriques (SAE) et les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables. Aussi, à efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins onéreux, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

Sur ce sujet également, les OMéDITS produisent des documents sur le bon usage et il existe un référentiel établi par la Haute Autorité de santé publié en 2010.

L'objectif est de mobiliser les établissements de santé pour les inciter à réinterroger leurs pratiques et à favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés.

L'indicateur est défini de la façon suivante :

Indicateur = (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année  $N$ ) – (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année  $N - 1$ )

L'intéressement s'élève à 20 % de l'indicateur.

Les établissements ciblés présentent un niveau de prescription significativement élevé pour la prescription de perfusion par diffuseur ou par système actif électrique.

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

*Examens pré-anesthésiques*

La Société française d'anesthésie réanimation (SFAR) a élaboré des recommandations définissant les situations où les examens pré anesthésiques sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient.

L'objectif de cet indicateur est donc d'inciter l'hôpital à améliorer la pertinence de la prescription des examens pré anesthésiques conformément aux recommandations de la SFAR.

L'indicateur composite recouvre les quatre indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations de chirurgie mineure pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles.

Indicateur 1 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdaléctomie et adénoïdectomie
Indicateur 2 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
Indicateur 3 :	Taux de recours au groupe sanguin
Indicateur 4 :	Taux de recours au ionogramme sanguin

Pour les établissements ayant plus de 1 000 examens pré-anesthésiques par an et un taux de geste évitable supérieur à 0 %, l'indicateur correspond à la part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection.

L'intéressement est calculé, par indicateur, de la manière suivante : 30 % \* Nombre de séjours évités \* montant remboursable des actes \* 60 % (taux de prise en charge des actes).

Sur la base de l'ensemble de ces éléments, 827 établissements peuvent être ciblés.

*Prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de transports*

Conformément à la réforme des transports hospitaliers, l'objectif ici visé est la baisse du montant remboursé de transports en ambulance.

L'indicateur de suivi est donc défini de la façon suivante :

Indicateur = Part de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL).

L'économie réalisée correspond au moindre montant remboursé au titre du transport en ambulance (évolution de l'indicateur, multipliée par le coût du transport d'ambulance).

L'intéressement s'élève à 20 % de l'économie réalisée.



Le ciblage des 350 établissements concernés a été réalisé en tenant compte des deux critères suivants sur les données du 1<sup>er</sup> semestre 2019 : une part supérieure ou égale à 20 % de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL), et un montant remboursé de transport en ambulance supérieur ou égal à 200 000 €.

#### B. – LES CONDITIONS DE DÉPLOIEMENT DES INDICATEURS

Un ciblage a été réalisé pour ces quatre premiers indicateurs. Ce ciblage pourra être affiné le cas échéant au niveau régional, en fonction de l'évolution d'activité des établissements, des négociations en cours ou de tout autre élément de contexte. S'agissant d'une phase transitoire, les établissements ciblés peuvent s'inscrire dans la démarche sur la base du volontariat. Il est également possible d'inscrire des établissements volontaires qui ne sont pas ciblés sur un ou plusieurs indicateurs.

Afin de faciliter les démarches, une procédure simplifiée est prévue pour contractualiser sur ces quatre indicateurs. La signature d'un avenant au CAQES en cours ne sera donc pas nécessaire.

Ainsi, nous vous remercions de nous indiquer avant le 29 février 2020 les établissements souhaitant s'engager dans la démarche.

Bien que le ciblage soit réalisé au niveau du FINESS géographique sur la base de l'outil « profil » – qui vous sera transmis parallèlement – afin de mieux cibler les actions de pertinence à mettre en œuvre, la contractualisation des contrats continue de se faire au niveau juridique (pour les établissements publics) ou géographique (pour les établissements privés). L'intéressement sera versé à l'entité juridique (ou géographique pour les établissements privés) qui pourra le redéployer vers les sites et les services qui ont produit les efforts les plus importants.

Les DCGDR et les ARS devront transmettre la liste commune des établissements (numéros finess juridiques et géographiques) et des indicateurs retenus aux adresses suivantes : [caques.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:caques.cnam@assurance-maladie.fr) et [DSS-MCGR@sante.gouv.fr](mailto:DSS-MCGR@sante.gouv.fr).

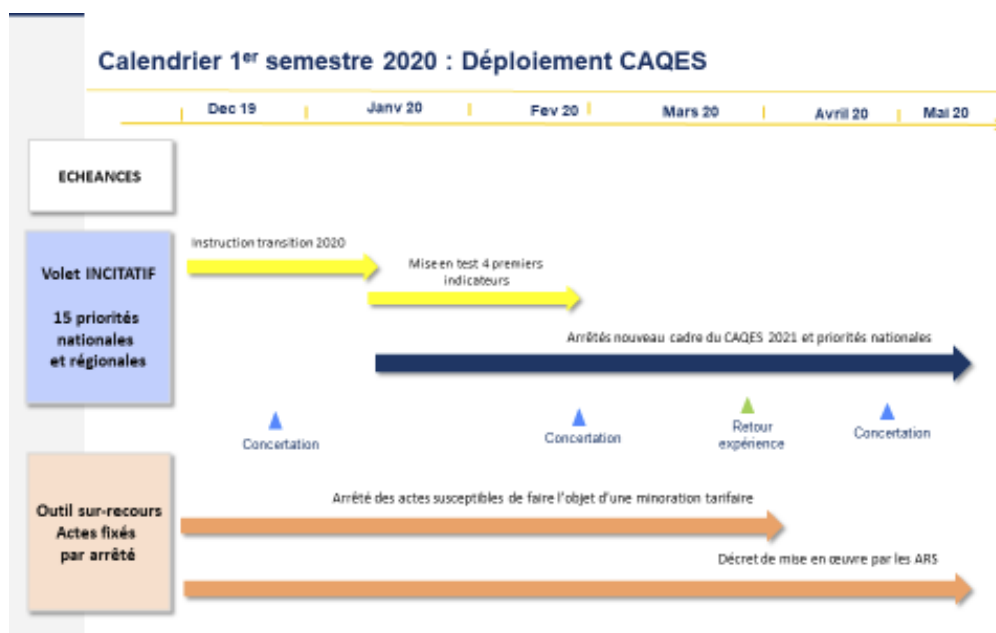
Afin d'acter la contractualisation et de procéder au paiement de l'intéressement, un arrêté référentiel précisera les thématiques prioritaires au niveau national, les indicateurs retenus, les modalités de calcul de l'intéressement ainsi que la liste des établissements engagés dans la démarche.

Le déploiement de ces indicateurs fera l'objet d'un suivi régulier et les premiers résultats seront diffusés en septembre 2020.

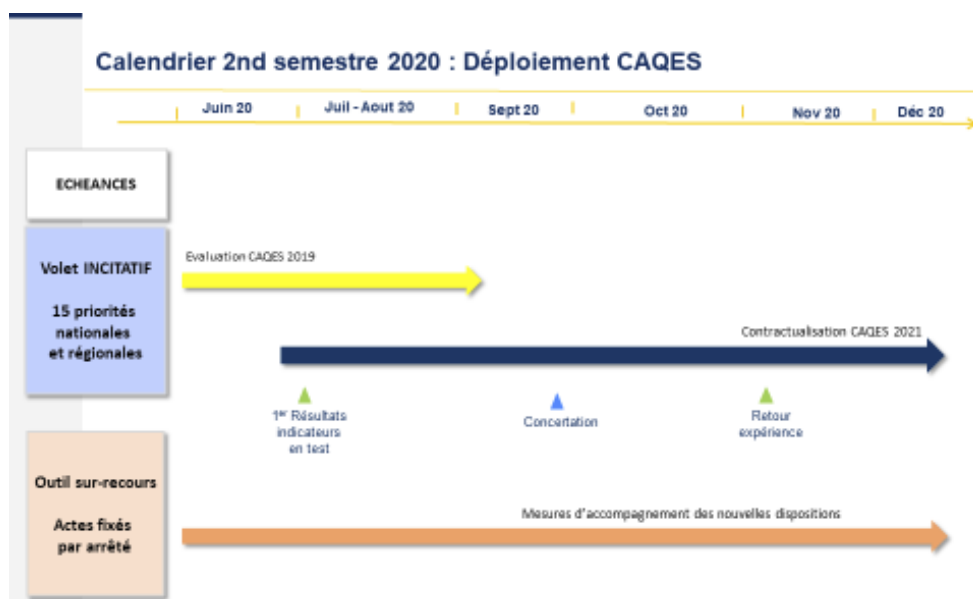
Enfin, s'agissant d'une phase de test sur quatre indicateurs seulement, il n'est pas prévu en 2020 de mettre en place d'intéressement plancher, malgré les gains limités pour certains établissements. Cette possibilité fera toutefois l'objet d'un examen attentif pour la contractualisation des CAQES 2021.

#### IV. – LA POURSUITE DE LA CONCERTATION AVEC LES ACTEURS

Les schémas présentés ci-dessous visent à préciser les étapes à venir.







La phase transitoire et la préparation du déploiement des nouveaux CAQES feront l'objet d'un suivi au moyen d'un groupe technique associant la DSS, la CNAM, la DGOS, les ARS et les DCGDR et d'un comité de concertation associant les fédérations.

Le groupe technique veillera notamment à la bonne articulation des priorités nationales et de l'outil de mise sous surveillance avec les actions engagées au niveau régional.

Une première réunion de travail est prévue en février et les échanges se poursuivront sur toute l'année 2020.

Pour le(s) ministre(s) et par délégation :

*La directrice de la sécurité sociale,*

M. LIGNOT-LELOUP

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

K. JULIENNE

*Le directeur général de l'Union nationale  
des caisses d'assurance maladie,*

N. REVEL

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale  
des ministères chargés des affaires sociales :

S. FOURCADE



## ANNEXE 1

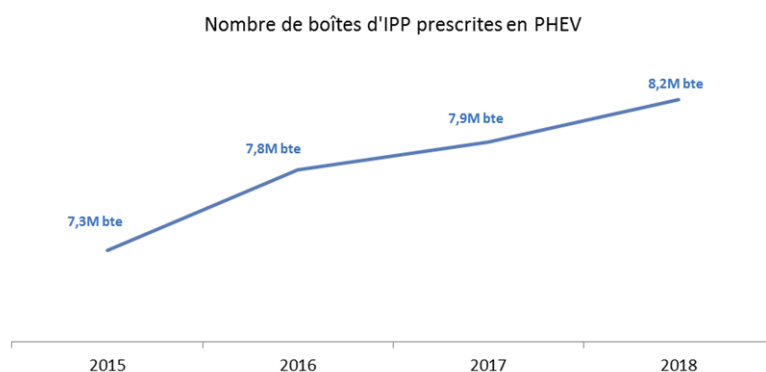
### INDICATEUR CAQES : INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

#### 1. Contexte

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont des médicaments largement consommés par les français (près d'un quart de la population française utilise un IPP délivré en ville sur prescription médicale). Les indications pourtant précises et limitées des IPP<sup>1</sup> ne sont donc pas respectées puisqu'il existe une large proportion de prescription des IPP hors AMM documentées en France. En effet, 60 % des prescriptions des IPP est faite hors AMM.

Outre le risque sanitaire élevé inhérent aux prescriptions non conformes (effets indésirables à long terme, tels que de nombreuses infections digestives et respiratoires, des fractures, etc.), l'impact économique de ce mésusage pèse lourdement sur les dépenses d'assurance maladie puisqu'il représente plus de 200 M€ par an.

Les prescriptions des IPP sont largement initiées à l'hôpital et renouvelées en ville. L'augmentation de la consommation des IPP en France est en partie liée à l'augmentation des prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) comme le montre le graphique ci-dessous :



Ainsi une action ciblant les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHEV) est envisagée.

#### 2. Objectif

Le constat de ce mésusage, déjà fait à plusieurs reprises, a motivé de nombreuses actions depuis 10 ans (*e.g.* recommandations de bon usage de la HAS), mais aucune n'a encore permis de réduire ces prescriptions inadaptées.

Une action mettant en place des indicateurs cibles pour les prescripteurs serait la plus pertinente, et a déjà été retenue par nos voisins étrangers (Belgique, Royaume-Uni etc.).

Ainsi, des indicateurs relatifs aux PHEV d'IPP seront implémentés dans le CAQES.

Deux indicateurs seront implémentés dans le CAQES :

- un indicateur couplé à une incitation financière, pour les prescripteurs, à l'atteinte de la cible, afin d'optimiser les chances de réduire les prescriptions hors AMM des IPP ;
- un indicateur informatif de qualité des soins, sans incitation financière qui permettra aux établissements de suivre leurs prescriptions concomitantes d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et d'IPP (cas particulier de hors AMM).

#### 3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Chaque année  $n$ , et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution, entre les années  $n$  et  $n - 1$ , des dépenses remboursées en ville (corrigées de l'effet prix) liées aux prescriptions d'IPP émanant de l'établissement de santé.

<sup>1</sup> Traitement du reflux gastro-œsophagien (RGO) et de l'œsophagite par RGO. Prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens chez les patients à risque (âge supérieur à 65 ans ou ayant des antécédents d'ulcère gastroduodénal, ou traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde). Éradication d'*Helicobacter pylori*. Traitement des ulcères gastroduodénaux.

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville d'IPP sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % de la dépense économisée par l'assurance maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de prix seront prises en compte.

Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

*a) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative*

La réalisation d'économies entre l'année  $n - 1$  et  $n$  sur les prescriptions exécutées en ville d'IPP pour un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Rémunération  $n = [(dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année  $n$ ) - (dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année  $n - 1$ )] * 0,2$

*b) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier*

En 2019, un établissement a prescrit des IPP qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €. En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville d'IPP à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € pour l'assurance maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense.

Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une ventilation des dépenses selon la spécialité médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi qu'une à deux extractions au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

#### 4. Construction de l'indicateur de bonne pratique

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Concernant les traitements concomitants AINS + IPP : une étude observationnelle montre que 80 % des prescriptions d'IPP n'étaient pas justifiées, le patient ne présentant pas de risque de développer des lésions gastroduodénales.

Un second indicateur ciblera donc spécifiquement l'utilisation hors AMM suivante : « prescription d'IPP pour prévenir ou traiter des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients sans risque (âge inférieur à 65 ans ou n'ayant pas d'antécédents d'ulcère gastroduodéal, ou n'étant pas traités par antiagrégant plaquettaire, anticoagulant, ou corticoïde) ».

La cible de cet indicateur sera son évolution décroissante, sans fixation de seuil cible.

Indicateur BP [année  $n$ ] = [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 ans en année  $n$ ] - [Volume IPP prescrits concomitamment à des AINS pour des adultes âgés de moins de 65 ans en année  $n$ ] < 0.

#### 5. Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements est effectué en fonction du niveau de prescription des IPP. Ainsi, le seuil de prescription de 8 500 boîtes par établissement a été retenu afin de viser prioritairement les plus gros prescripteurs.

Compte tenu de ces éléments, le ciblage pourra porter sur 180 établissements représentant 27 millions d'euros de dépenses liées aux IPP en 2018.



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

# CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) d'IPP



## Un enjeu sur la pertinence des PHEV d'IPP

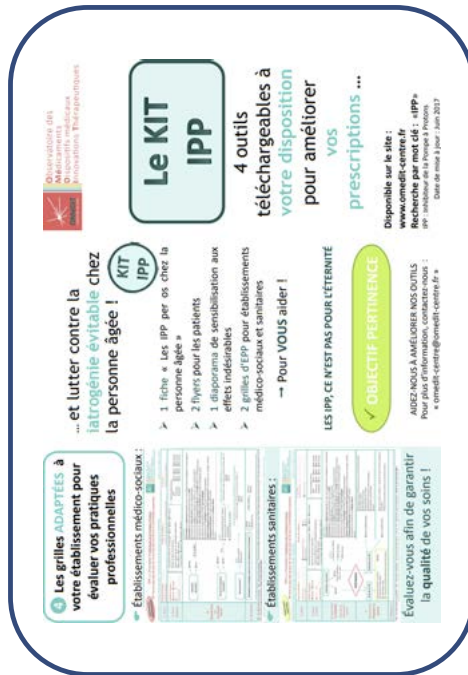
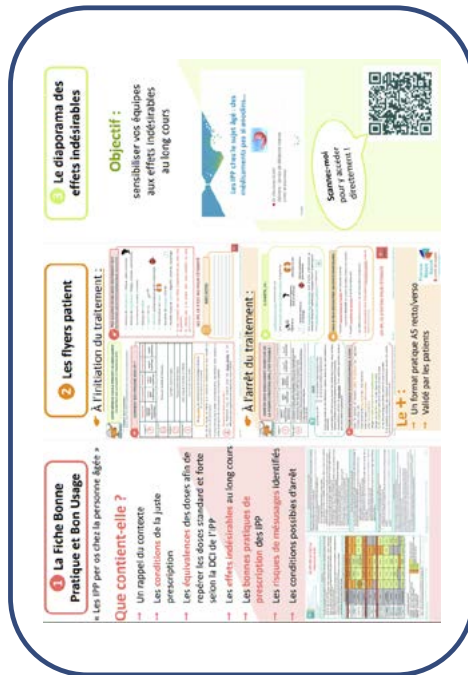
- **Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont souvent surprescrits et rarement déprescrits** : près d'un quart de la population française a recours à un IPP délivré en ville sur prescription médicale ;
- **Ces traitements sont fréquemment débutés de façon non cliniquement justifiées durant une hospitalisation et leur utilisation se prolonge à long terme sans indication médicale appropriée** : dans les études le mésusage des IPP varie de 40 % à plus de 80 % selon les populations étudiées et les critères retenus ;
- **Outre son caractère inapproprié, cette utilisation massive est problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables.**

ANSM, Étude observationnelle à partir des données du SNDS (2015)  
OMÉDIT / CRPV Centre Val de Loire, Quels médicaments déprescrire en priorité chez le sujet âgé ? (2017)

2

## Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (1)

- Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issue du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :
  - Mobilisant l'ensemble des acteurs
  - S'appuyant sur des dispositifs (conciliation médicamenteuse, éducation thérapeutique, e-learning) et des outils existants (fiches d'informations, recommandations sur le bon usage, alertes sur les logiciels de prescription)



Les outils des OMéDITS (Région Centre) : <http://www.omedit-centre.fr/portail/accueil,568,847.html?&args=Y29tcF9pZD00NTcmYWw0aW9uPWRIldGFpbcZpZD04NzYmFA%3D%3D>

## Objectif : sensibiliser l'hôpital sur la pertinence des prescriptions d'IPP (2)

- **Inciter l'hôpital à évaluer, au cours et à l'issu du séjour hospitalier, la pertinence des prescriptions d'IPP en :**
  - Instaurant un indicateur couplé à un intéressement lié aux PHEV
    - **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV IPP issue des prescriptions de l'établissement en année N) – (Dépense remboursée PHEV issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)
    - **Intéressement** = 20 % x indicateur

### Exemple :

- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 968 845 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV d'IPP est associée à une dépense de 896 182 € (-7,5 %).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 14 533 € sur une économie réalisée de 72 663 € pour l'assurance maladie.





## L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

- La campagne « Choose Wisely »** (*choisir avec soin*) propose des outils pour améliorer la pertinence des prescriptions d'IPP : <https://choisiravecsoin.org/perspective/trousse-outils-adieu-aux-ipp/>

[illegible]





## L'exemple de la déprescription d'IPP au Canada

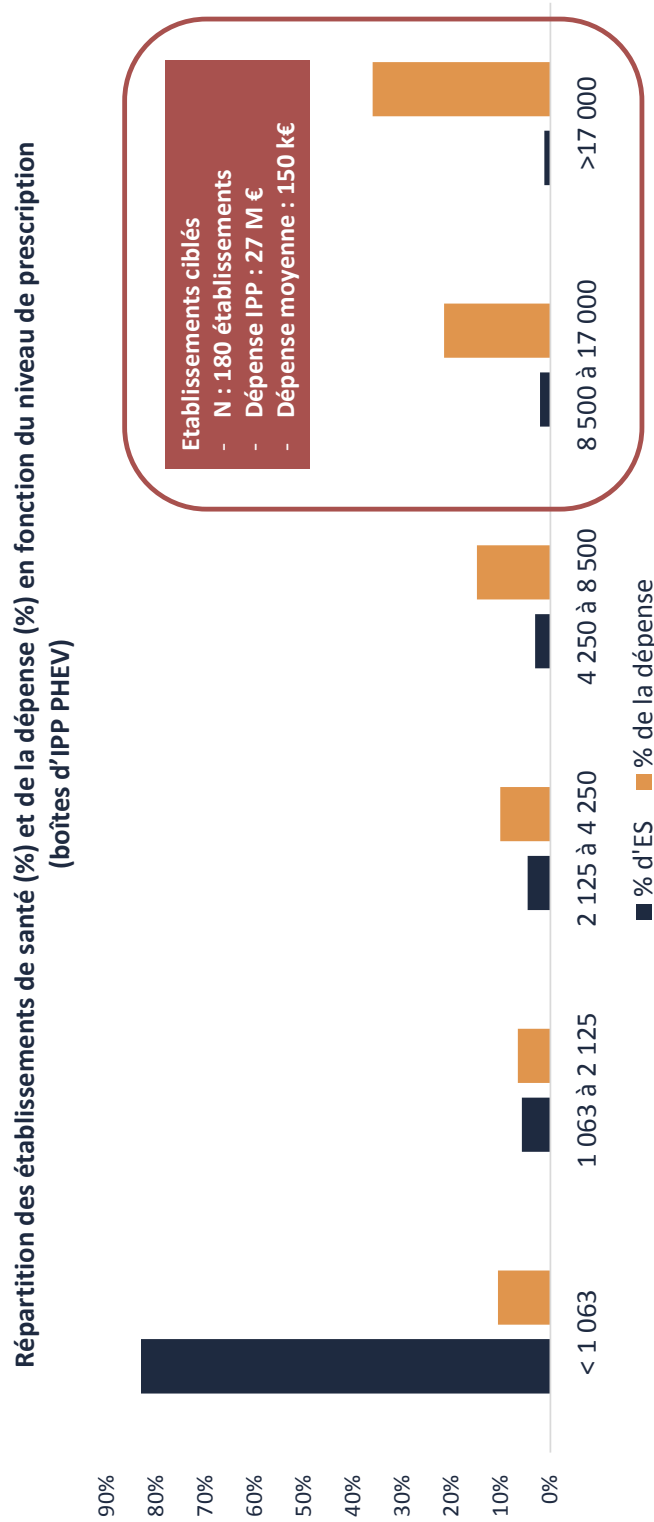
- Ces outils, qui permettent la réévaluation et l'arrêt de ces traitements, reposent sur :
  - L'obtention d'un consensus parmi les professionnels de santé ;
  - La mobilisation et la participation de l'ensemble des acteurs ;
  - L'identification des patients éligibles à l'aide du dossier médical électronique (ex : mention « envisagez la déprescription des IPP » dans tous les dossiers des patients actifs qui ont dans leur liste de médicaments actuels un IPP prescrit depuis plus de 12 mois) ;
  - L'implémentation d'un algorithme clinique de déprescription avec conseils de suivi des patients.



Grâce à cette stratégie, à l'hôpital Toronto Western, 43 patients sur 46 qui prenaient des IPP (93 %) ont eu une réévaluation de leur ordonnance et 11 (26 %) ont ainsi pu cesser leur prise d'IPP.

## Méthodologie pour le ciblage des établissements

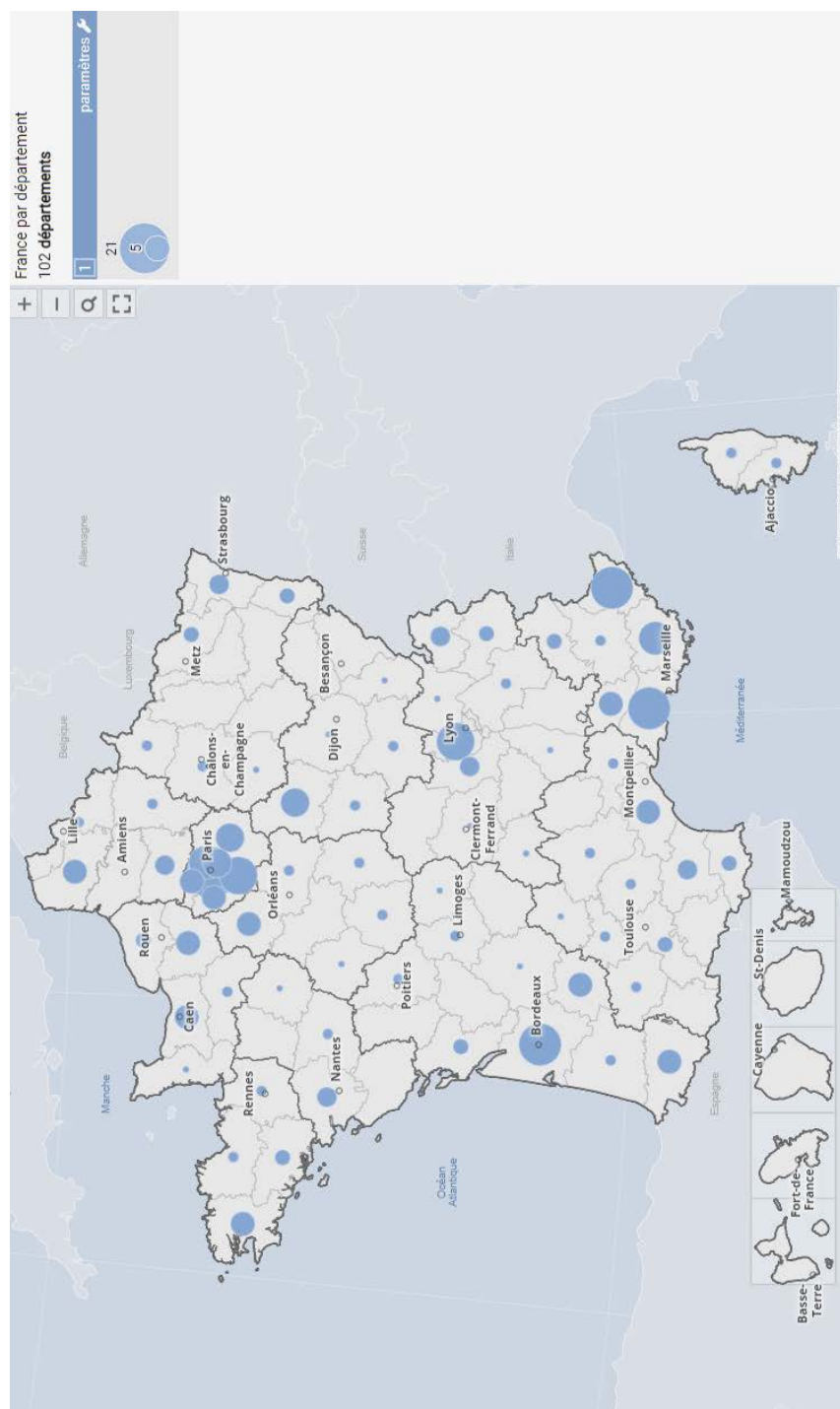
- Le ciblage des ES a été réalisé en fonction du niveau de prescription d'IPP
- Le seuil de 8 500 boîtes / an d'IPP prescrites par ES a été déterminé pour focaliser la démarche sur les principaux prescripteurs d'IPP



## Présentation des établissements ciblés (1)

	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Centre Hospitalier (CH)</b>	<b>82</b>	<b>46%</b>
<b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b>	<b>78</b>	<b>43%</b>
Etablissement de soins pluridisciplinaires	11	6%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	4	2%
Hôpital militaire	3	2%
Autres structures de soins relevant de l'autorité technique du service de sante des armées	1	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	1	1%

## Présentation des établissements ciblés (2)



## Modélisation

Cible IPP PHEV	Economie		Economie / ES			Gains		Gains / ES		
			Moy	Min	Max			Moy	Min	Max
-1,0%		266 958 €	1 483 €	415 €	9 688 €		53 392 €	297 €	83 €	1 938 €
-2,5%		667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €		133 479 €	742 €	207 €	4 844 €
-5,0%		1 334 792 €	7 416 €	2 073 €	48 442 €		266 958 €	1 483 €	415 €	9 688 €
-7,5%		2 002 187 €	11 123 €	3 109 €	72 663 €		400 437 €	2 225 €	622 €	14 533 €
-10,0%		2 669 583 €	14 831 €	4 146 €	96 885 €		533 917 €	2 966 €	829 €	19 377 €
-12,5%		3 336 979 €	18 539 €	5 182 €	121 106 €		667 396 €	3 708 €	1 036 €	24 221 €

**L'évolution annuelle corrigée de la dépense remboursée pour la PHEV d'IPP est de + 1,4%, aussi l'hypothèse de ciblage à – 5% est réaliste mais également ambitieuse**

**Cible IPP PHEV** : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)  
**Economie** : (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n) – (dépense remboursée d'IPP PHEV en année n-1)  
**Rémunération** : 20 % x Economie



## ANNEXE 2

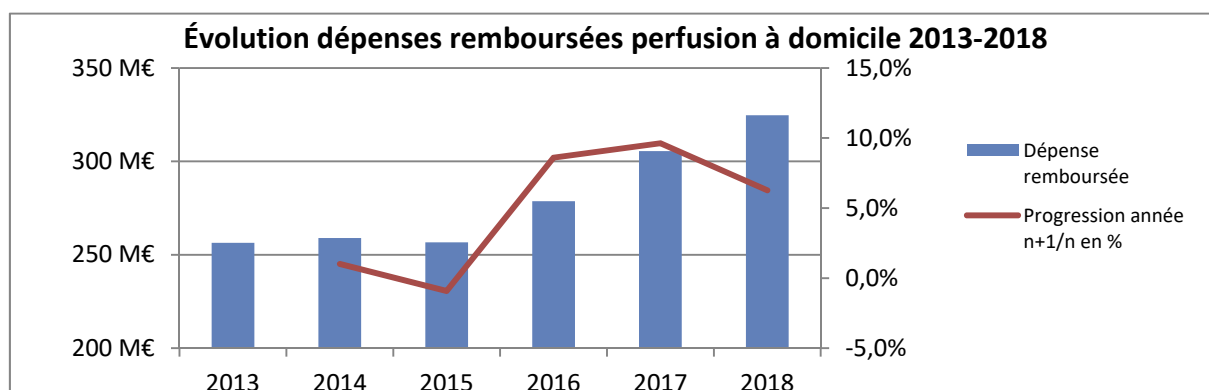
### INDICATEUR CAQES : PERFUSION À DOMICILE

#### 1. Contexte

Après trois années de quasi-stabilité de la dépense remboursée sur le secteur de la perfusion à domicile de 2013 à 2015 (environ 256 M€), la dépense a fortement progressé entre 2015 et 2018. Les taux de progression de la dépense sont de l'ordre de 9 à 10 % par an. De tels taux de progression ne peuvent pas uniquement être expliqués par la seule progression du nombre de patients traités.

Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM) : par gravité, par diffuseur ou par système actifs (comprenant notamment les poussettes seringues électriques ou les pompes). Dans de nombreux cas, le choix du mode de perfusion n'est pas précisé et laissé au choix du prescripteur/infirmier.

Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables (facteur 5). Dans ce cadre, il convient de favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés.



#### 2. Objectif

La mise en place d'un indicateur CAQES relatif aux dépenses de perfusion à domicile prescrite par les établissements de santé a pour but d'inciter les établissements à prescrire pour chaque patient, le type de perfusion le plus efficace et donc le traitement le moins onéreux pour l'assurance maladie lorsque deux modes de perfusion sont équivalents pour le patient. À efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins cher, c'est-à-dire la perfusion par gravité.

#### 3. Construction de l'indicateur avec incitation financière

Chaque année  $n$  et pour chaque établissement de santé identifié par son numéro FINESS dans le SNDS, nous comparerons l'évolution des dépenses, entre les années  $n - 1$  et  $n$ , liées aux prescriptions de perfusion à domicile émanant de l'établissement pour les deux modes de perfusion les plus onéreux (par diffuseur et par système actif incluant les poussettes seringues et les pompes).

La réalisation d'économies entre ces deux années, sur les ordonnances exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs, sur un établissement donné, permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % de la dépense économisée par l'assurance maladie obligatoire.

Pour le calcul de l'indicateur, les modifications de tarifs et de nomenclatures seront prises en compte.

Par ailleurs, le volume total de prescriptions sera suivi d'une année sur l'autre et pourra en cas de variation importante être utilisé pour corriger la rémunération.

a) Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative

La réalisation d'économies entre l'année  $n - 1$  et  $n$  sur les prescriptions exécutées en ville de perfusion par des diffuseurs ou des systèmes actifs sur un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

Rémunération  $n = [(dépense\ remboursée\ PERFADOM\ (diffuseur\ +\ systèmes\ actifs)\ issue\ des\ prescriptions\ de\ l'établissement\ en\ année\ n) - (dépense\ remboursée\ PERFADOM\ (diffuseur\ +\ systèmes\ actifs)\ issue\ des\ prescriptions\ de\ l'établissement\ en\ année\ n - 1)] * 0,2$

b) Exemple de rémunération d'un établissement hospitalier

En 2019, un établissement a prescrit des forfaits de perfusion à domicile par diffuseur ou système électrique qui ont entraîné une dépense en ville de 3 491 305 €. En 2020, ce même établissement a diminué la dépense issue de ses prescriptions de ville de diffuseur et système électrique à 3 248 240 €.

Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 48 613 € sur une économie réalisée de 243 065 € pour l'assurance maladie. Cette économie devra pour partie (au moins 50 %) être reversée aux services ayant contribué à l'amélioration de la dépense.

Pour le suivi de cet indicateur, l'établissement recevra une ventilation des dépenses selon la spécialité médicale de ces prescripteurs au titre de l'année 2019, ainsi qu'une à deux extractions au cours de l'année 2020 pour permettre un suivi des dépenses.

#### 4. Construction des indicateurs de bonne pratique

Cet indicateur couplé à un intéressement sera également associé à d'autres indicateurs connexes de bonne pratique qui seront fournis aux établissements afin d'améliorer la compréhension de la problématique et de faciliter la mise en œuvre d'actions de pertinence sur le terrain. Ces indicateurs connexes resteront indicatifs et ne contribueront pas au calcul des économies générées.

Un indicateur permettra d'objectiver la dépense suivie (diffuseur + systèmes actifs) par rapport à la dépense totale, liée à toutes les prescriptions de perfusion incluant celles par gravité :

Indicateur BP [année  $n$ ] =  $[dépense\ remboursée\ PERFADOM\ (diffuseur\ +\ systèmes\ actifs)\ issue\ des\ prescriptions\ de\ l'établissement\ en\ année\ n] / [dépense\ remboursée\ PERFADOM\ (gravité\ +\ diffuseur\ +\ systèmes\ actifs)\ issue\ des\ prescriptions\ de\ l'établissement\ en\ année\ n]$ .

Enfin, un indicateur relatif au poids de la prescription d'antibiothérapie à domicile par diffuseur permettra d'illustrer l'évolution de cette modalité thérapeutique ; le top 10 des antibiotiques les plus prescrits par les établissements en ville au plan national, et sera mis à disposition de tous les établissements concernés par cette pratique, en taux de patients, en taux de prescriptions, en montants remboursés pour les antibiotiques et en montants remboursés sur les dispositifs LPP.

#### 5. Ciblage des établissements

Le ciblage des établissements concerne les prescriptions de systèmes actifs et de système par diffusion sur la base de deux critères :

- dépenses (en montants remboursés) supérieur au seuil de 100 000 € ;
- taux de recours (en montants remboursés) à ces deux systèmes supérieur à 80 %.

377 établissements sont concernés par ce ciblage et représentent 185 millions d'euros de dépenses liés à ces deux systèmes de perfusion (soit 87 % des dépenses totales, toutes perfusions confondues).





MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

# CAQES : Présentation de l'indicateur sur la prescription hospitalière exécutée en ville (PHEV) de systèmes de perfusion à domicile (PERFADOM)



## Un enjeu sur la pertinence et l'efficience des PHEV de PERFADOM

- **La prescription de système de perfusion à domicile (PERFADOM) a très nettement augmenté et la dépense associée a fortement progressé de près de 10 % par an depuis 2015**
- Il existe trois grandes modalités de perfusion prise en charge dans la nomenclature LPP relative à la perfusion à domicile (PERFADOM):
  - par gravité ;
  - par diffuseur ;
  - par systèmes actifs électriques (SAE).
- Les coûts associés à chacun de ces trois modes de perfusion sont très variables (facteur 5). Aussi, à efficacité et sécurité égales, il est vertueux de choisir le traitement le moins onéreux, c'est-à-dire la perfusion par gravité

## Objectif : sensibiliser l'hôpital sur l'impact de la PHEV de PERFADOM

### ■ Mettre en place un indicateur couplé à une incitation financière afin d'inciter l'hôpital à favoriser les prescriptions les plus efficaces au regard des situations médicales des patients concernés

- **Indicateur** = (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N) - (Dépense remboursée PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) issue des prescriptions de l'établissement en année N-1)]
- **Intéressement** = 20 % x indicateur

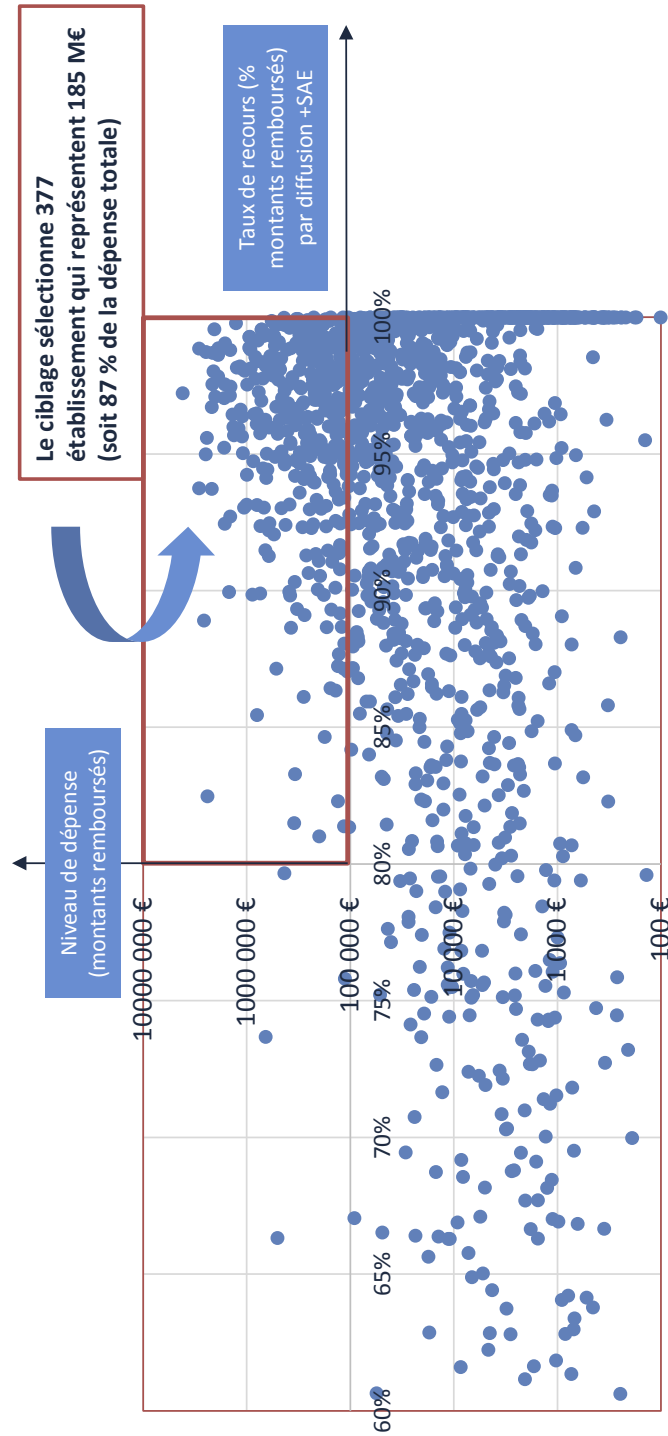
#### Exemple :

- Pour l'année 2019 (année N-1) et pour un établissement donné, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 4 137 944 €;
- Pour l'année 2020 (année N) et pour ce même établissement, la PHEV PERFADOM (diffuseur + SAE) est associée à une dépense de 3 931 047 € (-5%).
- Il sera donc reversé à l'établissement une incitation de 41 379 € sur une économie réalisée de 206 897 € pour l'assurance maladie.

## Méthodologie pour le ciblage des établissements

### Le ciblage des ES a été réalisé en fonction de la prescription de systèmes actifs et de système par diffusion avec comme critères :

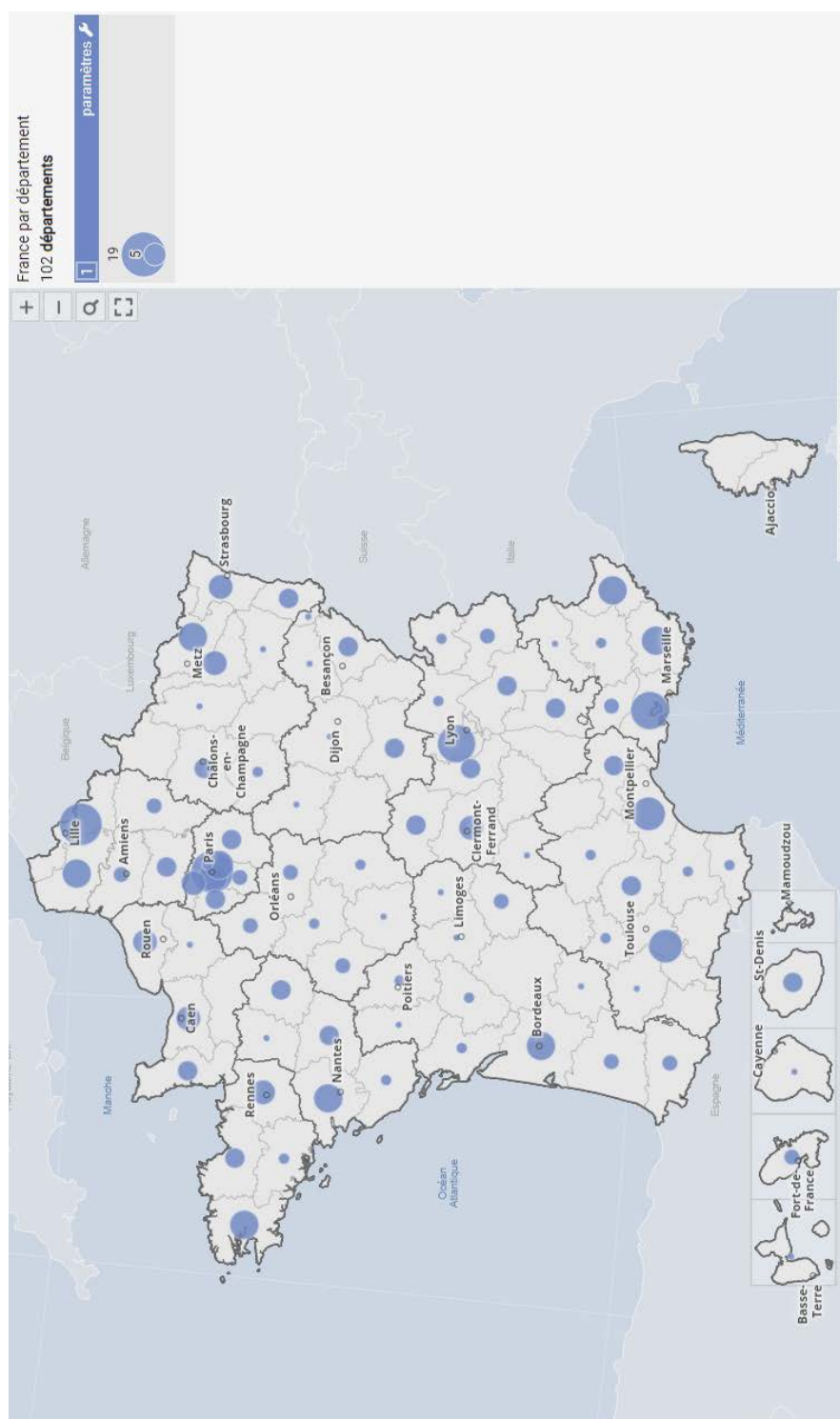
- Un niveau de dépense (en montants remboursés) > 100 000 euros
- Un taux de recours (% en montants remboursés) par diffusion + SAE > 80 %



## Présentation des établissements ciblés (1)

	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Centre Hospitalier (CH)</b>	<b>162</b>	<b>43%</b>
<b>Centre Hospitalier Régional (CHR)</b>	<b>111</b>	<b>29%</b>
Etablissement de soins pluridisciplinaires	57	15%
Centre hospitalier spécialisé de lutte contre le cancer (CLCC)	26	7%
Hôpital militaire	7	2%
Etablissement de soins médicaux	4	1%
Etablissement de convalescence ou de repos	3	1%
Maison de réadaptation fonctionnelle	3	1%
Etablissement de soins chirurgicaux	2	1%
		5

## Présentation des établissements ciblés (2)



## Modélisation

Cible IPP PHEV	Economie	Economie / ES			Gains	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-1,0%	1 785 330 €	4 736 €	1 001 €	41 379 €	357 066 €	947 €	200 €	8 276 €
-2,5%	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €	892 665 €	2 368 €	501 €	20 690 €
-5,0%	8 926 649 €	23 678 €	5 006 €	206 897 €	1 785 330 €	4 736 €	1 001 €	41 379 €
-7,5%	13 389 973 €	35 517 €	7 509 €	310 346 €	2 677 995 €	7 103 €	1 502 €	62 069 €
-10,0%	17 853 298 €	47 356 €	10 012 €	413 794 €	3 570 660 €	9 471 €	2 002 €	82 759 €
-12,5%	22 316 622 €	59 195 €	12 514 €	517 243 €	4 463 324 €	11 839 €	2 503 €	103 449 €

**L'évolution annuelle de la dépense remboursée pour la PHEV de systèmes de perfusion par diffusion et par système actif est de + 6,8%, aussi l'hypothèse de ciblage à - 2,5 % est réaliste mais également ambitieuse**

**Cible IPP PERFADOM** : cible de baisse de la dépense remboursée associée à la prescription d'IPP par les ES (IPP PHEV)  
**Economie** : (dépense remboursée PERFADOM diffusion + SAE en année n) – (dépense remboursée d'IPP PERFADOM diffusion + SAE en année n-1)  
**Rémunération** : 20 % x **Economie**





## ANNEXE 3

### FICHE INDICATEURS EXAMENS PRÉ-ANESTHÉSQUES - CAQES

#### Contexte

En 2012, la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR) a actualisé son référentiel sur les examens pré-anesthésiques. Elle y définit les situations dans lesquelles ces examens sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient. L'analyse des pratiques à partir des données du SNDS a montré la persistance d'actes et d'examens inutiles prescrits lors de la préparation des patients à une intervention avec anesthésie. En particulier, un bilan d'hémostase était prescrit à tort pour 22 % des interventions chirurgicales chez l'adulte. Ainsi 3.9 millions des examens pré anesthésiques réalisés n'étaient pas pertinents, pour un montant financier de 28 millions d'euros, dont 20 millions à la charge de l'assurance maladie. Une amélioration de la pertinence de ces prescriptions peut contribuer à la qualité des prises en charge et à la maîtrise des dépenses pour l'assurance maladie. Elle constitue un objectif prioritaire national pour 2020 dans le cadre de la contractualisation du CAQES pour les établissements ciblés qui donnera lieu à intéressement.

#### Objectifs

Les écarts aux recommandations au niveau national et la variabilité des pratiques selon les territoires et entre établissements ont motivé l'initiation d'actions de communication et de sensibilisation des établissements par l'assurance maladie et la SFAR dès 2015. Ces actions se sont traduites par une baisse des taux nationaux d'environ 1 point par an, témoignant d'une faible amélioration de la pertinence des prescriptions des examens pré-anesthésiques entre 2015 et 2017.

Une action mettant en place des indicateurs cibles par établissement apparaît plus efficiente que les campagnes de sensibilisation. Un indicateur composite couplé à une incitation financière, pour les établissements à l'atteinte de la cible est introduit dans le nouveau dispositif CAQES.

#### Présentation

Cette fiche présente l'indicateur composite pour illustrer le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés au sein des établissements de santé pour des actes de chirurgie mineure. L'indicateur composite recouvre les 4 indicateurs définis par la SFAR en lien avec la CNAM pour les situations de chirurgie mineure pour lesquelles les examens suivants sont jugés inutiles.

Indicateur 1 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie
Indicateur 2 :	Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte
Indicateur 3 :	Taux de recours au groupe sanguin
Indicateur 4 :	Taux de recours au ionogramme sanguin

#### Périmètre des données

Les données concernent tous les régimes disponibles France entière, et sont issues du PMSI et du SNIIRAM (source : DCIR, données liquidées avec 6 mois de recul sur l'année de la date de soin). Seuls les établissements ayant une activité supérieure ou égale à 30 séjours par an sont concernés par cet indicateur.

#### Indicateur composite examens pré anesthésiques

Pour les établissements ayant une activité supérieure à 30 séjours par an, l'indicateur retenu est la part des séjours avec les prescriptions jugées inutiles sur l'ensemble des séjours entrant dans les critères de sélection (cf. tableau de présentation des indicateurs).

L'action pertinence des examens pré-anesthésiques concerne 979 établissements sur l'activité 2018. Parmi ces établissements, 941 ont un minimum d'activité de 30 séjours. Pour ces 941 établissements, l'indicateur composite au niveau national est de 17,6 %, et oscille pour les établissements entre 0 % et 96 %. La réduction de cet indicateur de 1,6 point par rapport à 2017, se traduit par une réduction d'environ 52 900 examens inutiles.

Tous les établissements ayant des actes évitables, c'est-à-dire un indicateur composite supérieur à 0 % peuvent être ciblés. Ainsi pour l'année 2019, 938 établissements peuvent être ciblés, ce qui représente un montant de dépenses évitables France entière de 6.4 millions d'euros en base de remboursement.

Ainsi dans l'exemple qui suit, l'établissement xxx a réalisé (partie 3-4 du profil) 18 + 596 + 144 + 24 prescriptions jugées inutiles, sur 108 + 3 506 + 272 + 178 séjours, soit un taux de séjours avec des prescriptions jugées inutiles de 19,2 % (disponible dans la partie 3-5 du profil). Cet établissement peut donc être ciblé dans le cadre du CAQES.

### Calcul et mise en œuvre de la rémunération incitative

La réalisation d'économies entre l'année *N* et l'année de référence sur les prescriptions évitables des examens pré anesthésiques d'un établissement donné permettra à cet établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 30 % des économies générées (dépenses évitées) par l'assurance maladie obligatoire.

#### Définition :

Année de référence : on entend par « année de référence » l'année T0 à partir de laquelle est calculé l'indicateur. Cette année de référence peut être modifiée chaque année si l'établissement a un taux en deçà de l'année de référence (ex. 2017 pour l'indicateur 1 : l'établissement xxx a un taux de 70.3 % ; en 2018, l'établissement a diminué son taux pour arriver à 16.7 %. L'année de référence deviendra 2018 pour le calcul de l'indicateur en 2019). Cette méthodologie permet de prendre en compte les efforts de l'établissement pour chacun des indicateurs et ainsi éviter les effets « yoyo ». L'année de référence prise en compte peut être différente pour chacun des indicateurs.

#### Exemple : Pour l'économie de l'indicateur 1 :

Si l'indicateur 1 baisse par rapport à l'indicateur 1 de référence (taux minimum des années antérieures), alors ;

Eco. Indicateur 1 = 30 % \* Nombre de séjours évités \* montant remboursable des actes \* 60 %  
(taux de prise en charge des actes)

Le nombre de séjour évité = (Indicateur 1 – Indicateur 1 de ref.) \* Nombre de séjour

Si le taux de séjour évitable ne diminue pas, alors ; Eco. Indicateur 1 = 0

Rémunération Totale = Eco. Indicateur 1 + Eco. Indicateur 2 + Eco. Indicateur 3 + Eco. Indicateur 4

#### Exemple de rémunération pour l'établissement hospitalier xxx

En 2018, l'établissement xxx réalise 4 064 actes, dont 782 séjours évitables. Les indicateurs 1 à 4 sont respectivement de 16.7 %, 17.5 %, 52.9 % et 13.5 % (partie 3.4). Pour 2017 (année de référence), ces indicateurs étaient respectivement de : 70.3 %, 38.0 %, 57.9 % et 13.5 %. L'établissement a donc progressé sur les indicateurs 1 à 3, générant ainsi :

Pour l'indicateur 1 : (70.3 % – 16.7 %) \* 108 = 57 actes économisés

Pour l'indicateur 2 : (38.0 % – 17.5 %) \* 3 506 = 736 actes économisés

Pour l'indicateur 3 : (57.9 % – 52.9 %) \* 272 = 13 actes économisés

Pour l'indicateur 4 : aucun acte économisé.

En appliquant la valorisation des actes (partie 3.6), une prise en charge de 60 % et 30 % d'incitation la valorisation reversée à l'établissement sera de :

Pour l'indicateur 1 : 57 \* 15.39 \* 60 % \* 30 % = 157.90 €

Pour l'indicateur 2 : 736 \* 8.64 \* 60 % \* 30 % = 1 144.63 €

Pour l'indicateur 3 : 13 \* 27.81 \* 60 % \* 30 % = 65.07 €

Soit un reversement à l'établissement de : 157.90 + 1 144.63 + 65.07 = 1 267.60 €

À noter que, pour chaque année prise en comptes, les taux de référence de chaque indicateur seront réactualisés en se basant sur l'historique le plus bas de l'indicateur. Ainsi pour 2019, l'indicateur 1 aura pour référence 16.7 % (taux 2018) pour l'établissement xxx.

Présentation des indicateurs

Numéro	Libellé indicateur	Définition du bilan sanguin	Calcul de l'indicateur	Ciblage	Poids
1	Taux de recours au bilan d'hémostasie chez l'enfant, avant amygdaléctomie et adénoïdectomie	Le bilan d'hémostasie est identifié par l'association des 3 examens sanguins de biologie suivants : - Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP) - code 1104 - Temps de quick (TQ, TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	<b>Numérateur</b> : Nombre d'enfants (2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique ayant eu un bilan d'hémostasie dans le mois précédant une amygdaléctomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM)  <b>Dénominateur</b> : Nombre d'enfants (2 à 17 ans) sans facteur de risque hémorragique opérés pour amygdaléctomie et/ou adénoïdectomie (tous les actes CCAM)	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
2	Taux de recours au bilan d'hémostasie chez l'adulte	Le bilan d'hémostasie est identifié par l'association des 2 examens sanguins de biologie suivants : - Temps de quick (TQ, TP) en l'absence de traitement par AVK - code 0126 - Temps de céphaline + activateur (TCA, TCK) - code 1127	<b>Numérateur</b> : Nombre de patients adultes sans facteur de risque hémorragique ayant eu un bilan d'hémostasie dans le mois précédant les interventions suivantes : tous gestes de chirurgie (tous les GHM en C, hors CMD 14), extractions dentaires chirurgicales (GHM 03K02), endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie (GHM 06K03), endoscopies digestives diagnostiques avec anesthésie (GHM 06K04), endoscopies pulmonaires sous anesthésie (GHM 04K02 + code CCAM activité 4)  <b>Dénominateur</b> : Nombre de patients adultes ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
3	Taux de recours au groupe sanguin	Le groupe sanguin est identifié par l'association des 3 examens de biologie suivants : - Groupe sanguin ABO-RH - code 1140 - Détermination des phénotypes RH hors antigène D - code 1145 - Recherche agglutinines irrégulières (dépistage) - code 1141	<b>Numérateur</b> : Nombre de patients ayant eu une recherche de groupe sanguin dans le mois précédant les 4 interventions suivantes : cholécystectomie sous coelioscopie, chirurgie de la glande thyroïde (sans résection-anastomose de trachée, abord thoracique et résection du larynx), chirurgie de la hernie discale lombaire (voies antérieure et postérieure sans ostéosynthèse ni laminectomie), chirurgie du sein (exérèse tumorale partielle ou totale hors mastectomie élargie avec autogreffe ou lambeau)  <b>Dénominateur</b> : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur
4	Taux de recours au ionogramme sanguin	Le ionogramme sanguin est identifié par la présence d'un des examens de biologie suivants : - Ionogramme sanguin (Na <sup>+</sup> -K <sup>+</sup> éventuellement CL) - code 1609 - Ionogramme sanguin complet (Na <sup>+</sup> -K <sup>+</sup> -Cl <sup>-</sup> -C02-Protides) - code 1610	<b>Numérateur</b> : Nombre de patients ayant eu un bilan d'ionogramme sanguin dans le mois précédant une intervention en chirurgie « mineure » de l'ACC/AHA sous anesthésie : chirurgie ophtalmologique, chirurgie tégumentaire et mammaire (hors urgences et infections, chirurgie des lambeaux, dermolipectomie associée à un geste pariétal)  <b>Dénominateur</b> : Nombre de patients ayant eu l'une des interventions listées dans le numérateur	Le taux attendu est 0%	Nombre de séjours de l'ES concernés par l'indicateur



## Pertinence des examens pré-anesthésiques - 2018

Cette fiche présente le recours aux examens pré-anesthésiques pour les patients opérés dans votre établissement avant certains actes. Les indicateurs et leurs modes de calcul ont été choisis en lien avec la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (cf. guide de lecture). Ils définissent les situations pour lesquelles l'examen est jugé inutile : le résultat attendu pour chaque indicateur est donc de 0%.

### 1. Identification de l'établissement

- Votre n° FINESS : xxxxxx - Nom de l'établissement : xxxxxx  
 - Statut de l'établissement : xxxxxx - Région : xxxxxx

### 2. Périmètres des données

Cette fiche présente les résultats de la méthode de comparaison des pratiques appliquée aux établissements France entière. Elle concerne 982 établissements ayant une activité en 2018. Parmi ces 982 établissements, 944 ont une activité supérieure ou égale au seuil de 30 actes en 2018.

### 3. Résultats de votre structure

#### 3.1 : Résultat général (score agrégé)

Avec 4004 actes en 2018, votre structure a une activité supérieure ou égale au seuil cible de 30 actes. Elle se positionne de la manière suivante :

Votre score : 3,0

#### 3.2 : Libellé des indicateurs

Indicateur 1 : Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'enfant, avant amygdalectomie et adénoïdectomie  
 Indicateur 2 : Taux de recours au bilan d'hémostase chez l'adulte  
 Indicateur 3 : Taux de recours au groupe sanguin  
 Indicateur 4 : Taux de recours au ionogramme sanguin

#### 3.3 : Résultats des indicateurs ; pour les établissements au dessus du seuil d'activité minimum

	Moyenne Nationale	Moyenne OQN	Votre Structure Taux de recours	Classement par indicateur
Indicateur 1	29,9%	33,1%	16,7%	
Indicateur 2	16,4%	16,1%	17,0%	
Indicateur 3	27,4%	38,8%	52,9%	
Indicateur 4	15,0%	13,0%	13,5%	

Le taux de prescription attendu est de 0%.

Le tableau suivant (au verso, chapitre 3.4) renseigne sur le nombre de prescriptions jugées inutiles pour chacun des 4 indicateurs, selon les volumes d'activité



**3.4 : Nombre de prescriptions jugées inutiles**

	Indicateurs				Total
	1	2	3	4	
Nombre de séjours entrant dans les critères de sélection du référentiel (dénominateur)	108	3506	272	178	4064
Nombre de prescriptions jugées inutiles	18	596	144	24	782

**3.5 : Indicateur composite :**

16,7%	17,0%	52,9%	13,5%	<b>19,2%</b>
-------	-------	-------	-------	--------------

**3.6 : Evaluation des dépenses évitables :**

	1	2	3	4	Total
Prix unitaire (Base AM)	15,39	8,64	27,81	3,24	-
Montant évitable (Base AM) en euros	277	5 149	4 005	78	9 509

**3.7 : Tableau détaillé**

Libellé de l'acte	code**	1	2	3	4
Hémogramme y compris plaquettes (NFS, NFP)	1104	19,4%			
Temps de quick (TQ,TF)	126	17,6%	17,3%		
Temps de cephaline + activateur (TCA, TCK ...)	1127	18,5%	18,2%		
Groupe sanguin ABO-RH (D) (GS)	1140			57,7%	
Recherche agglutinations irrégulières (dépistage)	1141			54,4%	
Détermination des phénotypes RH hors antigène D	1145			57,7%	
Ionogramme (Na+K+ éventuellement CL)	1609				13,5%
Ionogramme complet (Na+K+Cl+CO2+Protides)	1610				0,0%
Creatinine	592				4,5%
Urée et créatinine	593				12,9%

\* STC: Etablissement de santé public et privé à but non lucratif OQN: Etablissement de santé privé à but lucratif

\*\*nomenclature des actes de biologie médicale



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS



# CAQES

## Présentation des indicateurs Examens pré-anesthésiques



## Examens préanesthésiques: Contexte et objectif

---

- La SFAR a élaboré des recommandations définissant les situations où les examens pré anesthésiques sont non pertinents, c'est-à-dire inutiles et non nécessaires à la bonne prise en charge du patient
- **Améliorer la pertinence de la prescription des examens pré anesthésiques conformément aux recommandations de la SFAR**

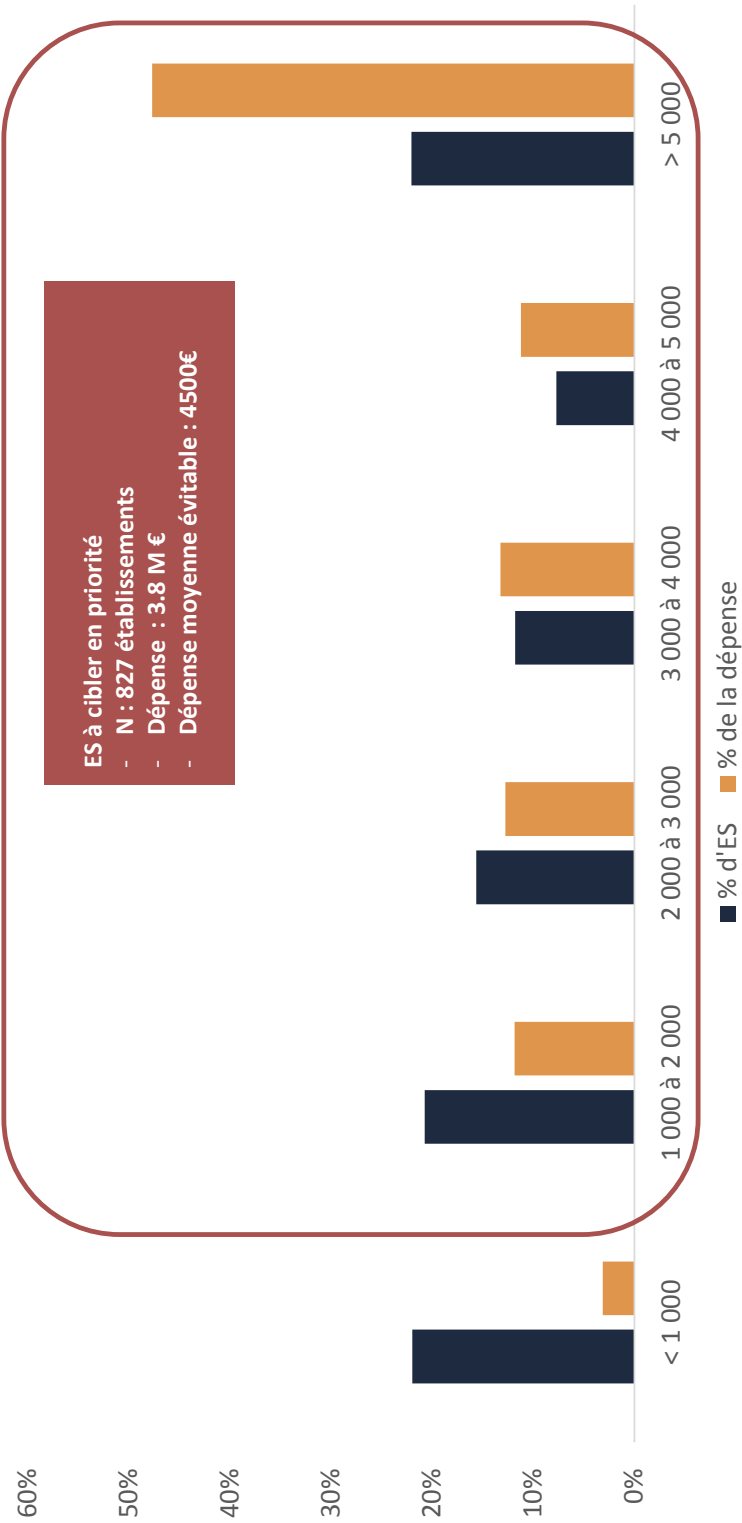


# Indicateur des examens pré-anesthésiques : ciblage

- Le ciblage des établissements a été réalisé en fonction du nombre d'examen pré-anesthésiques.
- 2 critères ont été retenus pour cibler ces établissements sur les données de l'année 2018 :
  - Un nombre d'examen pré-anesthésique  $\geq 1\,000$
  - ET
  - Un taux de geste évitable  $>0\%$

# Examens pré-anesthésiques : niveau d'activité

Répartition du niveau d'activité des examens pré-anesthésiques sur l'ensemble des ES(%) et sur la dépense totale évitable(%)



# Examens pré-anesthésiques : profil des ES

	<u>N</u>	<u>%</u>
<b>Etablissement de Soins Pluridisciplinaire</b>	<b>351</b>	<b>42%</b>
<b>Centre Hospitalier (C.H.)</b>	<b>239</b>	<b>29%</b>
<b>Etablissement de Soins Chirurgicaux</b>	<b>114</b>	<b>14%</b>
Centre Hospitalier Régional (C.H.R.)	76	9%
Centre de Lutte Contre Cancer	19	2%
Groupeement de coopération sanitaire - Etablissement de santé	10	1%
Hôpital des armées	6	1%

# Examens pré-anesthésiques : modélisation

Cible Examens	Economie	Economie / ES			Rémunération	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
0%	3 800 000 €	4 590 €	26 €	28 623 €	1 140 000€	1377 €	8 €	8 586 €

**Cible examens** : Le taux de prescription attendu est idéalement de 0%

**Economie** =  $\text{eco1} + \text{eco2} + \text{eco3} + \text{eco4}$ .

si baisse du taux de l'indicateur1 par rapport à période de référence,

- alors  $\text{eco1} = \text{Nb séjours évités 1} * \text{montant remboursable des actes 1} * 60\%$  (taux de prise en charge des actes),
- sinon  $\text{eco1} = 0$ .

Même logique pour les éco2, 3, et 4.

**Rémunération** :  $30\% \times \text{Economie}$



## ANNEXE 4

### FICHE INDICATEUR CAQES : TAUX DE RECOURS À L'AMBULANCE

#### 1. Contexte

L'objectif est d'améliorer la pertinence des prescriptions des professionnels de santé exerçant en établissement, dans le choix du mode de transport le plus adapté à l'état de santé des patients. Le CAQES constitue une priorité nationale compte tenu des enjeux concernant notamment la maîtrise des dépenses et la pertinence des prescriptions de transports hospitalières prises en charge sur l'enveloppe de soins de ville et a ainsi comme perspective de favoriser la contractualisation avec un nombre plus important d'établissements ciblés au regard du volume ou de la progression de dépenses de transports.

La prescription de transport est un acte médical. Le médecin prescripteur doit s'appuyer sur le référentiel de prescription médicale de transport, publié par arrêté du 23 décembre 2006 – JO du 30 décembre 2006 prévu à l'article R. 322.10 du CSS. Celui-ci précise tous les éléments d'incapacité ou de déficience en lien avec l'état de santé du patient orientant sur le mode de transport adéquat.

L'ambulance est indiquée pour les patients nécessitant un transport obligatoirement en position allongée ou demi-assise, avec brancardage ou portage, une surveillance par une personne qualifiée ou nécessitant l'administration d'oxygène ou un transport devant être réalisé dans des conditions d'asepsie. L'appropriation de cette réglementation est essentielle pour convaincre le prescripteur d'exercer la prescription sur la base de bonnes pratiques en limitant le recours à l'ambulance injustifié. En effet, l'ambulance constitue à elle seul un critère de prise en charge et peut conduire à des atypies d'indications pour des patients sans autre critère autorisant le remboursement d'un transport. Pour mémoire, en 2018, le coût moyen d'un trajet en ambulance est de 98 €, 53 € pour le taxi, 33 € pour le VSL et 17 €<sup>1</sup> pour le véhicule personnel. Proposer la substitution quand elle est possible vers le transport assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) aux médecins de l'établissement permet de limiter ainsi les dépenses de transport eu égard au poids des prescriptions hospitalières dans ce domaine (62 % en 2018 soit 2,9 Mds d'euros en hausse de 4,2 % par an en moyenne depuis 2013 contre 3,3 % pour les prescriptions de ville).

Les pathologies justifiant un recours fréquent aux transports en ambulance sont le plus souvent lourdes et sévères (pathologies neurologiques, insuffisance rénale chronique...). Le médecin prescripteur s'appuiera pour apprécier le mode de transport le plus adapté, sur des critères médicaux inscrits dans le dossier patient ou auprès du médecin traitant, tels que troubles cognitifs, périmètre de marche, stade de la dyspnée, besoin d'appareillage, appui humain, etc. Un patient porteur de handicap sévère et bénéficiaire d'un mode de transport adapté doit être conforté dans sa prise en charge. Les patients souffrant d'une affection de longue durée sont à l'origine, en 2015, de 80 % des dépenses de transports en particulier les patients atteints de cancer (22 % des dépenses de transports), dialysés (17 %), de pathologies cardio-vasculaire (13 %) ou bien encore psychiatriques (11 %).

Le rapport Charges et Produits pour 2014 a mis en avant un mésusage de l'indication médicale de l'ambulance notamment en faisant le constat de disparités territoriales dans le recours aux transports dont on ne connaît cependant pas tous les déterminants (le recours exclusif à l'ambulance varie de 0 à 40 % pour les patients dialysés). De plus, le rapport indique que la part des patients hémodialysés transportés au moins une fois en ambulance en 2012 est de 53 % au plan national mais que cette part varie de 22 % pour les Hautes-Alpes à 76 % pour le Val-de-Marne montrant ainsi de fortes disparités de prescription qui se traduisent par une forte disparité sur le coût annuel moyen (2 170 € à 16 570 € respectivement pour les 2 départements).

Ainsi, ces disparités reposent sur des déterminants qui sont à analyser de manière plus fine auprès des établissements en fonction de leur contexte local, géographique, d'offre de soins (établissements et transporteurs), de l'existence population précaires et fragile et de critères sociaux économiques.

#### 2. L'indicateur

La création d'un indicateur visant à diminuer la prescription d'ambulance, au bénéfice des transports assis professionnalisés (TAP – VSL ou Taxi) se justifie ainsi par la marge de progression possible sur une meilleure indication médicale du transport. La prise en compte du plus grand

<sup>1</sup> Données 2015.

nombre de déterminants permettra d'avoir une action pédagogique auprès des prescripteurs en établissement. Cela passe par la connaissance des montants prescrits par structure et par mode de transports.

L'indicateur retenu est donc la part de l'ambulance par rapport aux montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prescrits en ambulance et en TAP (VSL et Taxi) par l'établissement et financés sur l'enveloppe de ville. Il sera calculé à partir des données 2019 (année de référence) du SNDS (DCIR) en date de liquidation pour l'ensemble des régimes. Les transports urgents pré-hospitaliers ne font pas partie du périmètre de l'indicateur ni les transports inter et intra hospitaliers dont le financement a été transféré aux établissements depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018. Parmi l'ensemble des établissements ciblés, seront retenus initialement pour cet indicateur les établissements présentant le taux de recours le plus important à l'ambulance.

L'indicateur est par conséquent décroissant. L'objectif de l'établissement est d'obtenir le ratio le plus faible possible.

Il convient de retenir les codes prestations suivants :

- pour l'ambulance : code 4212<sup>2</sup> ;
- pour le TAP (Taxis et VSL) :
  - taxis (codes 4210, 4214, 4217, 4218, 4220, 4229) ;
  - VSL (code 4213).

Pour information ce ratio, pour les prescripteurs hospitaliers, s'élève en 2018 à 37 % au plan national mais cache d'importantes disparités puisque ce résultat varie de 13 % en Lozère à 87 % dans le Val-de-Marne.

### 3. Le mode de calcul des économies

La réalisation d'économies entre l'année  $n - 1$  et  $n$  sur les prescriptions de transports en ambulance exécutées en ville par un établissement donné permettra à l'établissement de santé d'être rémunéré à hauteur de 20 % des économies générées (dépenses évitées de transport en ambulance à 98 € en moyenne le trajet versus 45 € en moyenne pour un trajet TAP).

Données année  $N - 1$

M1 = Montants remboursés totaux en année  $N - 1$  (Ambulance + TAP)

Mamb1 = Montants remboursés ambulance année  $N - 1$

R1 = Ratio ambulance année  $N - 1 = \text{Mamb1}/\text{M1}$

Données année  $N$

M2 = Montants remboursés totaux en année  $N$  (Ambulance + TAP)

Mamb2 = Montants remboursés ambulance année  $N$

R2 = Ratio ambulance année  $N = \text{Mamb2}/\text{M2}$

Nous avons distingué 2 cas de figures :

Cas 1 : Si le ratio R2 en année  $N$  est inférieur au ratio R1 en année  $N - 1$  alors :

Rémunération année  $N = 0,20 * (\text{R1} - \text{R2}) * \text{M2} * (98 - 45) / 45$

Cas 2 : Si le ratio R2 en année  $n$  est supérieur ou égal au ratio R1 en année  $N - 1$  alors :

Rémunération année  $n = 0$

Exemple :

Cas 1 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport augmentent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	78 400	83 300		
tap (VSL et taxis)	45 000	56 250		
<b>total</b>	<b>123 400</b>	<b>139 550</b>	63,5%	59,7%

<sup>2</sup> Hors TUPH.

Pour l'année  $n$ , et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

$$83\,300/139\,550 = 59,7 \%$$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 3,8 point (63,5 % à 59,7 %), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 249 €.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

$$\text{Rémunération année } n = 20 \% \times (63,5 \% - 59,7 \%) \times 139\,550 \times (98-45)/45 = 1\,249 \text{ €}$$

Cas 2 : Cas d'un établissement dont les dépenses de transport diminuent et la part d'ambulance diminue

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	98 000	88 200		
tap (VSL et taxis)	36 000	40 500		
<b>total</b>	<b>134 000</b>	<b>128 700</b>	<b>73,1%</b>	<b>68,5%</b>

Pour l'année  $n$ , et cet établissement fictif, le résultat de l'indicateur est obtenu par la formule suivante :

$$88\,200/128\,700 = 68,5 \%$$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a diminué de 4,6 points (73,1 % à 68,5 %), l'établissement est donc éligible à la rémunération qui s'élèvera à 1 395 €.

Ce montant est obtenu par la formule suivante :

$$\text{Rémunération année } n = 20 \% \times (73,1 \% - 68,5 \%) \times 128\,700 \times (98-45)/45 = 1\,395 \text{ €}$$

Cas 3 : Cas d'un établissement dont la part d'ambulance augmente

	Montants remboursés		ratio (mt remboursés ambulance / (mt remboursés ambulance + mt remboursés TAP))	
	N-1	N	N-1	N
ambulances	80 500	84 000		
tap (VSL et taxis)	105 000	106 000		
<b>total</b>	<b>185 500</b>	<b>190 000</b>	<b>43,4%</b>	<b>44,2%</b>

Pour l'année  $n$ , le résultat de l'indicateur pour cet établissement fictif, est obtenu par la formule suivante :

$$84\,000/190\,000 = 44,2 \%$$

Dans notre exemple, le ratio de notre indicateur a augmenté de 0,8 point (43,4 % à 44,2 %), l'établissement n'est donc pas éligible à la rémunération.

Au niveau national, l'amélioration de ce ratio revêt des enjeux économiques particulièrement forts puisque la substitution de 1 % des trajets actuellement réalisés par des ambulances en TAP se traduirait par une économie de 10 M€ en année pleine pour l'assurance maladie<sup>3</sup>. Pour mémoire, les économies envisagées pour l'année 2020 sur le poste transports s'élèvent à 160 M€ dont 50 M€ sur la substitution vers le TAP.

<sup>3</sup> Sur la base des données 2018.

#### **4. Le ciblage des établissements**

Les établissements ciblés sont les établissements (Finess géographiques) prescrivant beaucoup de transport en ambulance, à la fois en montants remboursés (plus de 200 000 € en remboursé ambulance – tous régimes – sur le 1<sup>er</sup> semestre 2019) et en part d'ambulance dans le total transport (part de l'ambulance dans le total (ambulance + Taxi + VSL) supérieur ou égal à 20 %).

Au total 350 établissements sont ciblés qui représentent sur le premier semestre 2019, 262 millions d'euros de dépenses en ambulance, soit 74,5 % du montant total d'ambulance prescrit pas mes établissements.





MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

# CAQES

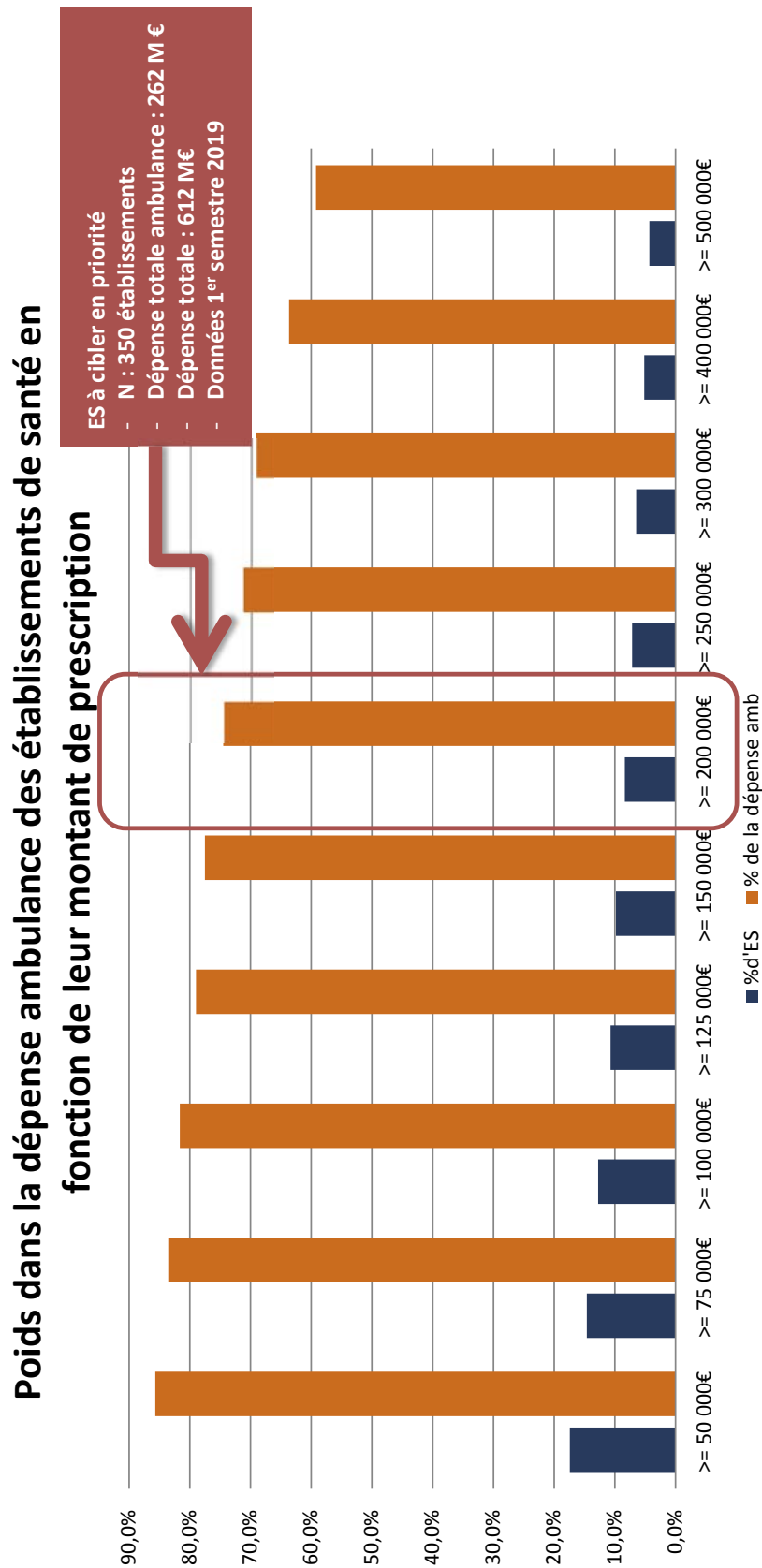
## Présentation des indicateurs transport PHEV



## Indicateur transport PHEV: ciblage

- Le ciblage des ES a été réalisé en fonction du niveau de prescription des transports en ambulance.
- 2 critères ont été retenus pour cibler les ES sur les données du 1<sup>er</sup> semestre 2019 :
  - Une part importante ( $\geq 20\%$ ) de l'ambulance sur le total des transports prescrits et remboursés (Ambulance + Taxi + VSL)
  - Un montant remboursé important de transport en ambulance ( $\geq 200\,000\text{€}$ )

# Indicateur transport: niveau de prescription



Note de lecture : Les 350 établissements ciblés représentent 74,5% de la dépense ambulance des établissements et 8,5% du nombre d'établissements.

Données 1<sup>er</sup> semestre 2019, tous régimes, France entière

# Indicateur transport: profil des ES

	<u>N</u>	<u>%</u>
CENTRE HOSPITALIER ( C.H.)	237	67,7%
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL (C.H.R.)	55	15,7%
APHP, APHM, HCL	36	10,3%
SSR	9	2,6%
PSY	7	2,0%
AUTRES	6	1,7%

# Indicateur transport : modélisation

Cible Transport	Economie	Economie / ES			Rémunération	Gains / ES		
		Moy	Min	Max		Moy	Min	Max
-5%	72 045 968 €	205 845 €	25 947 €	1 510 687 €	14 409 194 €	41 169 €	5 189 €	302 137 €

**Cible Transport:** baisse de la part des montants remboursés de l'ambulance  
**Economie** = 2 \* Montant remboursé des transports du 1<sup>er</sup> S 2019 \* 5% (cible transport) \* (98/45-1)  
**Rémunération** : 20 % x **Economie**

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage de la performance  
des acteurs de l'offre de soins

Bureau innovation et recherche clinique (PF4)

#### **Note d'information n° DGOS/PF4/2020/18 du 28 janvier 2020 relative aux programmes de recherche sur les soins et l'offre de soins pour l'année 2020**

NOR : SSAH2002605N

*Date d'application* : immédiate.

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 20 décembre 2019. – N° 138.

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

*Résumé* : la présente note lance la campagne 2020 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 de soins.

*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 – soins primaires – psychiatrie – pédopsychiatrie – prévention en santé.

*Annexes* :

- 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.

*La 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).*

L'introduction puis l'utilisation de technologies de santé<sup>1</sup> 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

---

<sup>1</sup> 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/>

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<sup>2</sup>, est compris entre les niveaux 4C et 9, inclus.

Ces projets de recherche concourent à la fois (i) au développement de technologies de santé à la fois 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 de 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 de 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. Ceux-ci peuvent également se rendre sur le portail commun d'information qui recense une grande partie des appels à projets dédiés à la recherche en santé, dont ceux du ministère chargé de la santé : [www.aap-recherchesante.fr](http://www.aap-recherchesante.fr).

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.

#### *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, 3 thématiques sont considérées dans l'ensemble des appels à projets constitutifs de cette instruction comme prioritaires. Les projets portant sur la recherche en soins primaires<sup>3</sup>, en santé mentale et en psychiatrie – et tout

<sup>2</sup> <https://www.medicalcountermeasures.gov/trl/integrated-trls/>

<sup>3</sup> 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.

particulièrement en pédopsychiatrie –, ainsi que ceux portant sur les différents types de préventions en santé, sont donc particulièrement attendus. Ces projets feront l'objet à ce titre d'un traitement particulier, thématique par thématique, dans le cadre du PHRC-N.

#### *Mise en œuvre des appels à projets*

Quatre des huit appels à projets ministériels 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 (<http://www.sante.gouv.fr/recherche-et-innovation>).

Il est rappelé aux candidats que l'appel à projets du programme de recherche translationnelle en santé (PRT-S) est piloté par l'ANR dans le cadre de son appel à projets générique 2020 dont le calendrier est en avance sur celui des sept autres appels à projets visés par la présente note. Pour le PRT-S, les prépropositions de projets qui demandent un cofinancement du ministère chargé de la santé et sont présentées en partenariat avec des établissements de santé devaient être déposées avant le 24 octobre 2019<sup>4</sup>.

#### *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.

Pour la présélection – étape 1, à l'exception du PRT, les candidats soumettent des lettres d'intention selon le modèle présenté en annexe II.

Pour la sélection – étape 2, 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/>).

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 du point de vue des politiques publiques et de l'aide à la décision.

Les jurys de présélection des PRT, PHRC et PHRI, 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, PHRI, PREPS et PRME doivent être déposées sur la plateforme INNOVARC (<https://solidarites-sante.gouv.fr/innovarc>) avant le :

10 mars 2020, 18 heures

Pour toute question technique concernant le dépôt des dossiers au PHRC-N, au PHRI, au PREPS ou au PRME, s'adresser à [DGOS-innovarc@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-innovarc@sante.gouv.fr)

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 de la campagne 2020 est recevable à la condition expresse qu'elle fasse l'objet d'une soumission indépendante du projet de recherche principal.

---

<sup>4</sup> Les modalités sont précisées dans l'annexe disponible à l'adresse suivante : <https://anr.fr/fileadmin/aap/2020/aapg-2020-annexe-DGOS.pdf>



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 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 financeront 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 d'offres ponctuels, dont l'objectif est de susciter des projets 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<sup>5</sup>, un Groupement de coopération sanitaire (GCS)<sup>6</sup>, une maison de santé<sup>7</sup> ou un centre de santé<sup>8</sup>, 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 tarifaires et 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 soumis à l'appel à projets ;
- les tâches faisant l'objet de la prestation sont précisément décrites dans le dossier complet soumis à l'appel à projets, 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

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Définis aux articles L. 6133-1 à 8 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Définies à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.

<sup>8</sup> Définis à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

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.

#### *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 : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/l-innovation-et-la-recherche-clinique/article/les-missions-d-enseignement-de-recherche-de-reference-et-d-innovation-merri>

Les dossiers complets soumis doivent contenir une annexe indépendante précisant le planning prévisionnel des phases.

Le suivi des projets PHRC-N, PHRC-I, PRME, PREPS et PHRIIP 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](http://ClinicalTrials.gov) ou sur un registre compatible<sup>9</sup>. 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 2020 XXXX ou PREPS 2020 XXXX...)».

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.

Cette note d'information est applicable aux territoires ultramarins des ARS.

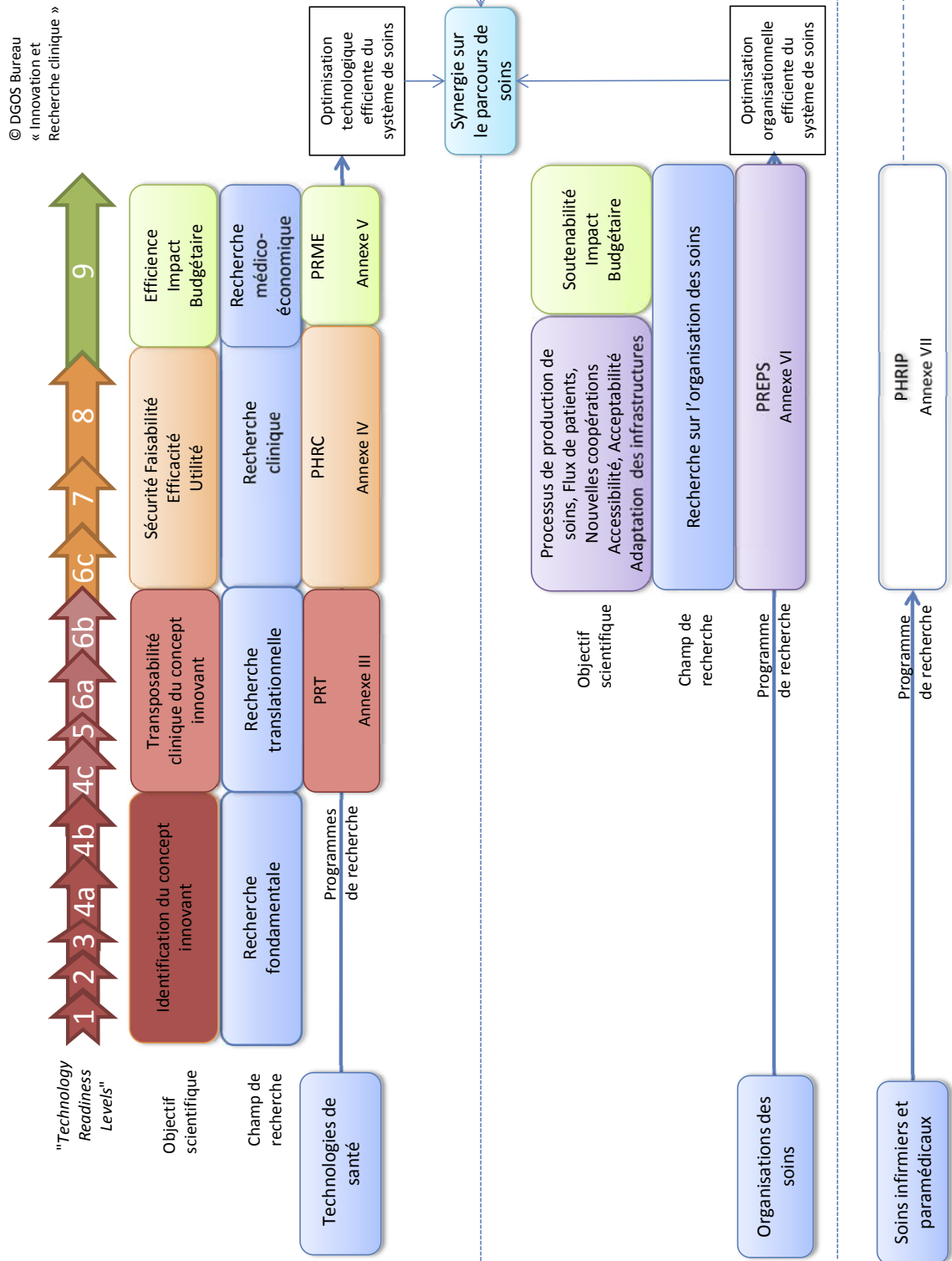
Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

---

<sup>9</sup> Voir [www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html](http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html) Important : le registre choisi devra comporter une fonction de suivi, ou audit trail, publique, des données modifiées.

# ANNEXE I

## CONTINUUM DE LA RECHERCHE EN SANTÉ



## ANNEXE II

### FORMAT DE LETTRE D'INTENTION DISPONIBLE SUR LA PLATEFORME INNOVARC

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

#### 1. Lettre d'intention version française

##### INFORMATIONS GÉNÉRALES

**Titre du projet****Acronyme**

[15 caractères max ; pas d'espace]

**Première soumission de ce projet à un appel à projets DGOS ?**

[Cocher {Oui ; Non} Si «NON», préciser l'année de soumission antérieure']

**Nom et prénom de l'investigateur-coordonnateur**

[+ ville, hôpital, courriel, tel, spécialité]

**Financement(s) antérieur(s) dans le cadre des appels à projets de la DGOS**

[Liste avec : année, numéro de référence, état d'avancement (liste)]

**Médecin/Sage-femme/Chirurgien-dentiste/Biologiste/Infirmière/autres paramédicaux**

[Cocher]

**Établissement-coordonnateur responsable du budget pour le ministère de la santé****Domaine de recherche**

[Liste de mots clés]/Oncologie [cocher]/Maladie rare [cocher]

[Si oncologie, organe, localisation tumorale]

[Si maladie rare, code ORPHA si disponible OU nom de la maladie si code ORPHA non disponible]

**Priorité thématique**

Soins primaires [cocher]/Santé mentale ou psychiatrie [cocher]/Pédopsychiatrie [cocher]/  
Préventions en santé [cocher]/Autres [cocher]

**Nom du méthodologiste (+ tel + email)****Nom de l'économiste de la santé (si nécessaire) (+ tel + courriel)****Structure responsable de la gestion de projet****Structure responsable de l'assurance qualité****Structure responsable de la gestion de données et des statistiques****Nombre prévisionnel de centres d'inclusion (NC)****Co-investigateurs (1 à N)**

[Tableau {Nom, prénom, ville, pays, hôpital/Groupe hospitalier<sup>2</sup> E-mail, tél., spécialité}]

Dans le cas des établissements comportant plusieurs Groupes hospitaliers (GH), le nom de ces derniers doit être obligatoirement renseigné. À compter de la campagne 2019, le remplissage précis ET exhaustif de ce tableau constitue un critère de recevabilité du projet.

---

<sup>1</sup> Dans le cas d'une resoumission, compléter l'item COMMENTAIRES DES EXPERTS ET RÉPONSES CORRESPONDANTES.

<sup>2</sup> Le cas échéant.

## PROJET DE RECHERCHE

### Rationnel (contexte et hypothèses)

[max. 320 mots]

### Originalité et caractère Innovant

[max. 160 mots]

### Objet de la recherche

Technologies de santé [cocher & préciser] : médicaments ; dispositifs médicaux ; actes ; organisations du système de soins (incluant les services de santé<sup>3</sup>).

Si pertinent : date du marquage CE/Autorisation de mise sur le marché

### Mots clés [5]

#### Objectif principal

[Préciser, max 48 mots]

[Cocher : Description d'hypothèses ; Faisabilité ; Tolérance ; Efficacité ; Sécurité ; Efficience ; Impact budgétaire ; Organisation des soins]

[Cocher : Étiologie ; Causalité<sup>4</sup> ; Diagnostic ; Pronostic ; Thérapeutique (impact sur des critères de jugement cliniques « durs »<sup>5</sup>) ; Thérapeutique (impact sur des critères de jugement intermédiaires<sup>6</sup>) ; Observance ; Pratique courante ; Recherche sur les méthodes ; Recherche qualitative ; Autre]

#### Objectifs secondaires

[Préciser, max 160 mots]

#### Critère d'évaluation principal (en lien avec l'objectif principal)

#### Critères d'évaluation secondaires (en lien avec les objectifs secondaires)

#### Population d'étude

Principaux critères d'inclusion et de non inclusion

#### Plan expérimental

[Cocher + préciser max 320 mots]

Méta-analyse

Étude contrôlée randomisée

Si oui : Ouvert – Simple aveugle – Double aveugle [cocher]

Revue systématique

Étude pragmatique

Étude quasi-expérimentale (cohortes non randomisées...)

Étude de cohorte prospective

Étude cas-contrôle

Étude transversale

Étude de cohorte rétrospective

Recherche dans les bases de données médico-administratives

Modélisation

Série de cas

Autre

Étude qualitative

---

<sup>3</sup> <http://htaglossary.net>

<sup>4</sup> Études visant à déterminer les causes d'une pathologie, le risque d'être exposé à un médicament, un polluant...

<sup>5</sup> Exemple : réduction de la mortalité lors de la survenue d'infarctus du myocarde.

<sup>6</sup> Exemple : réduction du cholestérol sérique, amélioration sur une échelle de douleur.

**Si analyse médico-économique**

[Cocher + préciser 320 mots] Plusieurs choix possibles

Analyse coût-utilité

Analyse coût-efficacité

Analyse coût-bénéfices

Analyse d'impact budgétaire

Analyse de minimisation de coûts

Analyse coût-conséquence

Analyse coût de la maladie

Autre

**Niveau de maturité de la technologie de santé<sup>7</sup>**

[1 chiffre + 1 lettre]

**En cas d'essai sur un médicament, phase :**

[Cocher {I, II, I/II, III, IV}]

**Le projet proposé concerne un ou plusieurs actes inscrits au RIHN**

[Cocher {oui/non}] + Liste des codes actes et libellés à sélectionner.

**Si groupe comparateur :**

Groupe expérimental [préciser max 48 mots]

Groupe contrôle [préciser max 48 mots]

**Durée de la participation de chaque patient**

[3 chiffres + jours/mois/années]

**Durée prévisionnelle de recrutement (DUR)**

[2 chiffres, en mois]

**Nombre de patients/observations prévu(e)s à recruter (NP)**

[3 chiffres + Justification de la taille de l'échantillon max 80 mots]

**Nombre de patients/observations à recruter/mois/centre ([NP/DUR]/NC)**

[2 chiffres + justification si plus de 2 patients/mois/centre]

**Nombre attendu de patients éligibles dans les centres**

[Tableau : {Nom ; Prénom ; Ville ; Pays ; Recrutement attendu/mois ; Total}]

**Participation d'un réseau de recherche**

[Préciser max 32 mots]

**Participation de partenaires industriels**

[Préciser max 64 mots]

**Autres éléments garantissant la faisabilité du projet**

[Préciser max 64 mots]

**Bénéfices attendus pour le patient et/ou pour la santé publique**

[Préciser max 320 mots]

**BIBLIOGRAPHIE**

Merci de joindre 5 articles maximum justifiant l'intérêt du projet au niveau national/international.

**NIVEAU APPROXIMATIF DE FINANCEMENT DEMANDÉ**

[en k euros]

---

<sup>7</sup> <https://www.medicalcountermeasures.gov/trl/integrated-trls>

## MOTS CLÉS

Domaine du coordinateur

Domaine du rapporteur suggéré

## COMMENTAIRES DES EXPERTS [citer] ET RÉPONSES CORRESPONDANTES<sup>8</sup>

[max 320 mots]

## 2. Lettre d'intention version anglaise (PHRC-N et PHRC-K seulement)

### GENERAL INFORMATION

**Project title (eng)**

**Acronym**

[15 characters max without any space]

**First submission to DGOS calls for proposals ?**

[Tick {Yes ; No} If «No», mention the year of previous submission<sup>9</sup>]

**First name and name of the coordinator**

[+ town, hospital, email, tel, speciality]

**Previous grants in the frame of DGOS calls**

[list with : year, ref number, progress [list]]

**Physician/Midwife/Dental practitioner/Biologist/Nurse, other paramedical**

[tick]

**Affiliated institution responsible for the budget from the ministry of health**

**Research Domain**

[list of keywords] Oncology [tick]/Rare disease [tick]

[if oncology, organ, tumor location]

[if rare disease, ORPHA code if available OR disease name if ORPHA code not available]

**Priority thematic**

Primary care [tick]/Mental health or psychiatry [tick]/Child psychiatry [tick]/Preventive health [tick]/

Others [tick]

**Name of the methodologist (+ tel + email)**

**Name of the economist (if any) (+ tel + email)**

**Organization responsible for project management**

**Organization responsible for quality assurance**

**Organization responsible for data management and statistics**

**Anticipated number of recruiting centres (NC)**

**Co-investigators (1 à N)**

[Table {Name Surname Town Country Hospital/Hospital Group<sup>10</sup> EMail Tel Speciality}]

From this year on, the precise AND comprehensive filling of this table is an acceptability criterion of the project. In case of several sites for the same establishment, please enter each sites concerned (Hospital Column).

---

<sup>8</sup> Item à compléter si le projet a déjà été soumis à un appel à projets de la DGOS.

<sup>9</sup> In the case of a re-submission, complete the entry field EXPERTS COMMENTS AND CORRESPONDING ANSWERS.

<sup>10</sup> When needed.

## RESEARCH PROJECT

### **Rational (context and hypothesis)**

[max. 320 words]

### **Originality and innovative aspects**

[max. 160 words]

### **Focus of Research**

Health technology [tick & then detail] : drugs ; devices ; procedures and organizational systems used in health care (including Health services<sup>11</sup>).

If relevant : date of CE mark/market authorization

### **Keywords [5]**

### **Main Objective**

[detail, max 48 words]

[Tick one : Hypothesis ; Description Feasibility ; Tolerance Efficacy ; Safety ; Efficiency ; Budget Impact ; Organisation of Care]

[Tick one : Etiology Causality<sup>12</sup> ; Diagnosis ; Prognosis ; Therapeutics (impact on clinical end-points<sup>13</sup>) ; Therapeutics (impact on intermediate end-points<sup>14</sup>) ; Compliance ; Effective Practice ; Research methodology ; Qualitative Research ; Others]

### **Secondary Objectives**

[detail, max 160 words]

### **Primary End Point (linked with the main objective)**

### **Secondary End Points (linked with the secondary objectives)**

### **Study Population**

Main inclusion and exclusion criteria

### **Design**

[tick + detail max 320 words]

Meta analysis

Randomized clinical trial

If yes : Open - Single Blind - Double Blind [tick]

Systematic reviews

Pragmatic studies

Quasi-experimental studies (non randomized cohorts...)

Prospective cohort study

Case-control study

Cross-sectional study

Retrospective cohort

Administrative/hospital inpatient database research

Modelisation

Case Series

Others

Qualitative study

### **If Health-Economics Analysis**

[tick + detail max 320 words] Several choices possible

Cost-utility analysis

Cost-effectiveness analysis

Cost-benefit analysis

---

<sup>11</sup> <http://htaglossary.net>

<sup>12</sup> Studies designed to determine the causes of a disease, the risk of being exposed to a drug, a pollutant etc.

<sup>13</sup> Example : reduction of myocardial infarction incidence, of mortality.

<sup>14</sup> Example : reduction of serum cholesterol, improvement of a pain scale.



Budget impact analysis  
Cost-minimization analysis  
Cost-consequence analysis  
Cost of illness analysis  
Others

**Technology Readiness Level<sup>15</sup>**

[1 digit + 1 letter]

**In the case of a drug trial, phase :**

[tick {I, II, I/II, III, IV}]

**There is one or several innovative procedures in the project catalogued in the RIHN list**

[tick {yes/no} + Uncovered Innovative Procedures RIHN List, to fill]

**If comparison groups :**

Experimental group [detail max 48 words]

Control group [detail max 48 words]

**Duration of participation of each patient**

[3 digits + days/months/years]

**Anticipated Duration of Recruitment (DUR)**

[2 digits, in months]

**Total number of scheduled patients/observations to be recruited (NP)**

[3 digits + Justification of sample size max 80 words]

Number of patients/observations to be recruited/month/centre ([NP/DUR]/NC)

[2 digits + justification if more than 2 patients/month/centre]

**Expected number of patients eligible in the centres**

[Table : {Name ; Surname ; Town ; Country ; Expected recruitment/month ; Total}]

**Participation of a research network**

[Detail max 32 words]

**Participation of industry**

[Detail max 64 words]

**Other aspects to insure the feasibility of the project**

[Detail max 64 words]

**Expected patient or public health benefit**

[Detail max 320 words]

**REFERENCES**

Please join a maximum of 5 articles that justify the project in the national/international context.

**APPROXIMATE LEVEL OF FUNDING REQUIRED**

[in k euros]

**KEY WORDS**

Coordinator domain

Wished rapporteur domain

**EXPERTS COMMENTS [quote] AND CORRESPONDING ANSWERS<sup>16</sup>**

[max 320 words]

---

<sup>15</sup> <https://www.medicalcountermeasures.gov/trl/integrated-trls>

<sup>16</sup> To complete if the project has been previously submitted to a DGOS call for proposals

## 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 ou de pilotage, 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 au PRT-S 2020 seront identifiés parmi les lettres d'intentions déposées dans l'AAPG 2020 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 Domaines transverses (§ E.8. 8.1 : Interactions homme-environnement, 8.2 Contaminants, écosystèmes et santé, 8.3 Santé-Environnement : Environnement, pathogènes et maladies infectieuses (ré)émergentes, résistance aux antimicrobiens, 8.4 Santé publique, 8.5 Mathématiques, informatique, automatique, traitement du signal pour répondre aux défis de la biologie et de la santé ; et 8.7 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 relatif aux modalités d'attribution des aides allouées par l'ANR.

#### 4.2. *Le programme de recherche translationnelle en cancérologie (PRT-K)*

Le PRT-K est un appel à projets partenarial proposé conjointement par la DGOS et l'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.

Le financement de l'INCa sera attribué aux organismes de recherche selon les dispositions du règlement des subventions n° 2020-01 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 de la DGOS doit obligatoirement être utilisée au stade du dépôt des dossiers complets.

La grille budgétaire est disponible 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.

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.

## 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<sup>1</sup> ;
- l'évaluation de la sécurité, de la tolérance ou de la faisabilité de l'utilisation des technologies de santé chez l'Homme (par exemple : études de phase I et I/II, études de phase IV).

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

#### 2. Éligibilité

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'efficacité 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 (cf. Annexe V).

#### 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 et VHC ; 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.

##### 3.1. Programme hospitalier de recherche clinique national (PHRC-N)

##### Éligibilité

Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais<sup>2</sup> aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

##### Priorités thématiques

Les projets portant sur les 3 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](mailto: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.

---

<sup>1</sup> [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

<sup>2</sup> À l'exception des annexes ou sections pour lesquelles l'usage du français s'impose (exemple : consentement à participer à une recherche).

### *Éligibilité*

Afin de permettre une évaluation par des experts non francophones, les projets devront être rédigés en anglais<sup>2</sup>, aux stades de la lettre d'intention et du dossier complet.

### *Procédure de sélection des projets*

La sélection des projets est organisée par l'INCa. La procédure de sélection sera disponible sur le site de l'INCa<sup>3</sup>.

### *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<sup>3</sup>.

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

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 2020, le montant total disponible est 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
Île-de-France	7

<sup>3</sup> <http://www.e-cancer.fr/aap/recherche/>

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 2020.

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](mailto:DGOS-PHRC@sante.gouv.fr)



## ANNEXE V

### PROGRAMME DE RECHERCHE MÉDICO-ÉCONOMIQUE (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'efficacité des nouvelles technologies de santé<sup>1</sup>. 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'efficacité 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 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<sup>2</sup>. 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<sup>3</sup>.

##### *Objectifs*

Cet axe du programme vise à soutenir des études comparatives dont l'objectif est la démonstration de l'efficacité 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 corollaire, 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.

##### *Éligibilité*

Le projet doit répondre aux caractéristiques suivantes :

- la mesure de l'efficacité 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 ;

---

<sup>1</sup> 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/>)

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> AMM pour les médicaments, marquage CE pour les dispositifs médicaux.



- 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<sup>4</sup>) ;
- 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<sup>5</sup> (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<sup>6</sup> 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<sup>7</sup> sont intégrées à des stratégies de prise en charge préventive, diagnostique, thérapeutique et de suivi, dont l'ensemble coordonné forme le parcours de santé<sup>8</sup>.

### *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<sup>9</sup> les plus efficaces.

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

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<sup>10</sup>. 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<sup>11</sup>, l'ABM<sup>12</sup>, l'INCa ou la Caisse nationale d'assurance maladie.

### *Éligibilité*

La mesure de l'efficacité 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<sup>13</sup> de la littérature disponible.

Lorsque les données pertinentes ne sont pas suffisantes, le recours à des études cliniques multicentriques en vie réelle<sup>14</sup> pourra être envisagé (études pragmatiques, études quasi-expérimentales, etc.) ainsi que le recours aux bases de données médico-administratives.

<sup>4</sup> Ces recommandations devront être transmises à la DGOS lors du processus de présélection.

<sup>5</sup> 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](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2730306/fr/choix-methodologiques-pour-l-analyse-de-l-impact-budgetaire-a-la-has)

<sup>6</sup> Méta-analyses d'études avec un critère principal de jugement clinique robuste.

<sup>7</sup> 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/>)

<sup>8</sup> 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](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>).

<sup>10</sup> Études mentionnées aux articles L.165-3 et L.162-17-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>11</sup> Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

<sup>12</sup> Agence de la Biomédecine.

<sup>13</sup> Méta-analyses d'études avec un critère principal de jugement clinique robuste.

<sup>14</sup> Conformément au guide méthodologique relatif aux « Études post-inscription sur les technologies de santé », disponible sur le site de la HAS : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/etudes\\_post\\_inscription\\_technologies\\_sante.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-01/etudes_post_inscription_technologies_sante.pdf)

Dans tous les cas, une analyse d'impact budgétaire<sup>15</sup> (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](mailto:DGOS-PRME@sante.gouv.fr)

---

<sup>15</sup> 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](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)<sup>1</sup>]. 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. Éligibilité

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<sup>2</sup> 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. À 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<sup>3</sup> et parcours de santé<sup>4</sup> (chronologies des tâches et intervenants) ;
- flux de patients (durées de séjour et volumes) ;
- acceptabilité<sup>5</sup> des organisations ;
- nouvelles coopérations (relations implicites ou contractuelles entre acteurs) ;
- modes de communication (systèmes d'information, « big data », « smart data ») ;
- accessibilité<sup>6</sup> et disponibilité ;
- soutenabilité financière et impact budgétaire ;
- adaptation de la conception architecturale et des infrastructures ;
- circuits logistiques.

---

<sup>1</sup> Kathleen N Lohr et Donald M Steinwachs, « Health Services Research: An Evolving Definition of the Field », Health Services Research 37, n° 1 (février 2002): 15-17, doi:10.1111/1475-6773.01020.

<sup>2</sup> 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/>)

<sup>3</sup> 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](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf))

<sup>4</sup> 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>)

<sup>5</sup> 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).

<sup>6</sup> L'accessibilité est notamment définie en termes temporel (continuité) et géographique (proximité).

### 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<sup>7</sup>.

La soumission de projets intégrant plusieurs disciplines, telles que l'économie, les sciences humaines et sociales, l'informatique<sup>8</sup> 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 puis opérationnelle du projet, 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](mailto:DGOS-PREPS@sante.gouv.fr)

---

<sup>7</sup> Guide pour la description des interventions : <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g1687>

<sup>8</sup> 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, aussi bien la recherche interventionnelle que la recherche observationnelle, 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 soins primaires ou dans tout autre lieu d'exercice des auxiliaires médicaux.

#### 3. Éligibilité

Les projets éligibles au PHRIP doivent être portés par des auxiliaires médicaux (tels que définis par le CSP) c'est-à-dire : les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunettiers, les prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées et les diététiciens.

#### 4. L'appel à projets

Le PHRIP concerne toutes les pathologies.

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](mailto:DGOS-PHRIP@sante.gouv.fr)

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage de la performance  
des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins

**Note d'information n° DGOS/PF2/2020/22 du 29 janvier 2020 relative à la labellisation des centres de nutrition parentérale à domicile (NPAD) et enquête relative au prix des préparations et spécialités nécessaires à la NPAD auprès de ces centres**

NOR : SSAH2002851N

*Date d'application* : immédiate.

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 24 janvier 2020. – N° 09.

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

*Résumé* : la présente note a pour objet de diffuser la liste des centres labellisés de nutrition parentérale à domicile (NPAD) et d'organiser une enquête auprès de ces centres relative au prix des préparations et spécialités nécessaires.

*Mots clés* : NPAD – labellisation – préparations – spécialités.

*Références* :

Instruction n° DGOS/PF2/2015/290 du 16 septembre 2015 relative à une enquête sur l'organisation et le fonctionnement de l'activité de nutrition parentérale à domicile ;

Instruction n° DGOS/PF2/2019/9 du 16 janvier 2019 relative au cahier des charges et à l'appel à candidature des centres labellisés de nutrition parentérale à domicile ;

Instruction n° DGOS/SR1/2019/106 du 3 mai 2019 relative aux enquêtes réalisées par la DGOS auprès des ARS au cours de l'année 2019 ;

Guide de contractualisation des dotations finançant les missions d'intérêt général (MIG) ;

Nutrition parentérale à domicile : état des lieux et modalités de prise en charge, (indications, prescriptions et prestations associées) – HAS – mai 2008.

*Annexes* :

Liste des centres labellisés.

Enquête relative aux prix des spécialités et préparations nécessaires à la NPAD.

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

#### PRÉAMBULE

La nutrition parentérale est une activité complexe, à risque et de long terme. Elle concerne des patients atteints de pathologies au long cours (prise en charge d'une durée minimale de 3 mois, mais le plus souvent plusieurs années) de faible prévalence.

C'est pourquoi l'organisation de la nutrition parentérale à domicile (NPAD) est structurée autour de « Centres labellisés de nutrition parentérale à domicile » répondant à des critères de qualité et de sécurité définis préalablement par la HAS et les professionnels de santé concernés, et structurés par le ministère des solidarités et de la santé dans un cahier des charges précis.

**Liste des centres labellisés pour 5 ans à compter  
de la date de publication de la présente note**

La présente note a pour objet de vous informer des décisions de labellisation des centres de nutrition parentérale à domicile prises par le ministère des solidarités et de la santé, à l'issue de la procédure de labellisation définie par l'instruction DGOS/PF2/2019/9 du 16 janvier 2019.

30 dossiers de candidatures ont été transmis à la DGOS pour labellisation, dont 19 candidatures de centres de NPAD pour adultes, et 11 candidatures de centres de NPAD pédiatriques.

Les dossiers de candidatures ont été analysés par un jury composé de professionnels experts, de représentants des patients, de représentants des ARS.

Le ministère des solidarités et de la santé a, après les avis rendus par le jury, labellisé 12 centres de NPAD pour adultes, et 6 centres de NPAD pédiatriques.

La liste des centres labellisés de NPAD est jointe en annexe : ces centres sont labellisés pour une période de 5 ans à compter de la date de publication de cette note d'information.

Un comité de pilotage des centres labellisés se tiendra annuellement, réunissant vos représentants, des représentants des professionnels de santé concernés et des représentants du ministère des solidarités et de la santé. Il aura notamment pour mission d'évaluer l'activité des centres de NPAD labellisés.

À l'issue des 5 ans de labellisation, une nouvelle procédure sera mise en place.

Seuls les centres labellisés bénéficieront d'un financement spécifique sous forme de MIG pour la partie de leur activité qui ne peut être financée par les tarifs d'hospitalisation. Ainsi, des travaux de débasage et de modélisation des financements vont débiter, et chaque année, le financement pourra être ajusté aux services effectivement rendus par les centres labellisés.

Les centres labellisés seront tenus de transmettre chaque année un rapport d'activité annuel standardisé selon un modèle national.

**Enquête relative aux prix des spécialités et préparations nécessaires  
à la NPAD organisée par les centres labellisés de nutrition parentérale à domicile**

Cette note vous sollicite également afin que vous procédiez, auprès des centres labellisés de votre région, à une enquête relative au prix des préparations et spécialités nécessaires à la NPAD, dont le questionnaire figure en annexe.

Vous veillerez à diffuser la liste des centres de NPAD labellisés ainsi que les éléments de l'enquête auprès des établissements concernés de votre région. Les résultats sont à retourner le 1<sup>er</sup> mars 2020 à l'adresse [DGOS-PF2@sante.gouv.fr](mailto:DGOS-PF2@sante.gouv.fr)

Je vous remercie enfin de me tenir informée de toute difficulté rencontrée dans l'interprétation ou la mise en œuvre de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

ANNEXE I - a

CENTRES LABELLISÉS DE NPAD-ADULTES

CENTRES LABELLISÉS DE NPAD - ADULTES Janvier 2020		
VILLE	ÉTABLISSEMENT	RESPONSABLE DU CENTRE
BORDEAUX	CHU de BORDEAUX Hôpital du Haut-Lévêque	Pr David LAHARIE
CAEN	CHU de CAEN NORMANDIE	Pr Marie-Astrid PIQUET
CLICHY	Hôpital BEAUJON - APHP	Pr Francisca JOLY
GRENOBLE	CHU GRENOBLE ALPES	Pr Eric FONTAINE
LILLE	CHU de LILLE	Pr David SEGUY
LIMOGES	CHU DUPUYTREN	Dr Philippe FAYEMENDY
LYON SUD	CH LYON SUD	Dr Cécile CHAMBRIER
MONTPELLIER	ICM Montpellier	Dr Nicolas FLORI
NANCY	CHRU NANCY - HOPITAUX DE BRABOIS	Pr Didier QUILLIOT
NANTES	CHU de Nantes	Dr Adam JIRKA
NICE	CHU de Nice	Pr Stéphane SCHNEIDER
RENNES	CHU de RENNES	Pr Ronan THIBAUT



**ANNEXE I - b**

**CENTRES LABELLISÉS DE NPAD-PÉDIATRIE**

CENTRES LABELLISÉS DE NPAD - PÉDIATRIE Janvier 2020		
VILLE	ÉTABLISSEMENT	RESPONSABLE DU CENTRE
LILLE	CHU LILLE	Dr Laurent MICHAUD
LYON	HCL Hôpital Mère Enfant	Pr Noël PERETTI
MARSEILLE	AP-HM TIMONE	Dr Marie-Edith COSTE-TRAMINI
PARIS	EPS Hôpital ROBERT DEBRE - AP-HP	Dr Emmanuelle ECOCHARD-DUGELAY
PARIS	Hôpital Universitaire NECKER-Enfants malades P-HP	Pr Olivier GOULET
TOULOUSE	CHU TOULOUSE	Dr BRETON Anne

## ANNEXE II

### ENQUÊTE RELATIVE AUX SPÉCIALITÉS ET PRÉPARATIONS PRESCRITES ET CONSOMMÉES PAR LES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN NPAD PAR LE CENTRE EN 2019

Données sur les spécialités/préparations prescrites et consommées par les patients en NPAD suivis par le centre en 2019<sup>1</sup> :

#### 1. Spécialités avec AMM

Nombre de patients du centre concernés	
Nombre moyen d'unités (poches) AMM consommées par patient et par an	
Modalité d'approvisionnement des patients : Officine de ville ? livraison à domicile par l'officine de ville ? autres	
Durée moyenne en mois, de la consommation des spécialités avec AMM par patient et par an (toute l'année ? deux mois, un mois par an ? etc.). motif si durée moyenne inférieure à un an	
Commentaires	

#### 2. Préparations fabriquées en sous-traitance pour le compte de la PUI du centre (Préciser mélange binaire ou ternaire, préparations magistrales ou hospitalières)

Nombre de patients du centre concernés	
Nombre moyen de « poches » consommées par patient et par an	
Type de sous-traitant (façonnié ou PUI)	
Prix moyen HT et TTC d'une poche pour adulte (quel que soit le volume de celle-ci) consommées par patient, facturée à la PUI du centre par l'établissement pharmaceutique sous-traitant pour le compte de la PUI, en 2016 et en 2017 si possible	
Prix moyen HT et TTC d'une préparation pour enfant (quel que soit le volume de celle-ci), facturée par l'établissement pharmaceutique sous-traitant pour le compte de la PUI en 2016 et en 2017 si possible	
Prix moyen facturé par l'établissement pharmaceutique sous-traitant pour le compte de la PUI pour la livraison d'une poche En 2016 et en 2017 si possible	
Destination des poches livrées : PUI ou autre destination ?	
Commentaires relatifs à la livraison	
Commentaires autres, notamment si approche plus fine possible du prix des poches : prix minimum et prix maximum de facturation d'une poche, distribution des prix et éléments déterminants du prix : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le volume de la poche ?</li> <li>– Sa composition (binaire/ternaire) ?</li> <li>– Sa destination (patient adulte/enfant) ?</li> <li>– La présence de nutriments particuliers ?</li> <li>– Une osmolarité importante ?</li> <li>– La pathologie prise en charge ?</li> <li>– Autre élément ?</li> </ul>	

<sup>1</sup> Il s'agit de recueillir de l'information sur l'unité quotidienne consommée par le patient : pouvant être appelée poche de nutrition, préparation, spécialité.

<p>Durée moyenne en mois, de la consommation des préparations par patient et par an (toute l'année ? deux mois, un mois par an ? etc.).</p> <p>motif si durée moyenne inférieure à un an ;</p> <p>toute l'année ? 6 mois par an, un mois par an ?</p> <p>motif si durée inférieure à un an</p>	
<p>Dernière date d'augmentation des prix par l'établissement pharmaceutique sous-traitant pour le compte de la PUI</p>	
<p>Prix moyen antérieur à l'augmentation (si disponibles)</p> <p>Adultes</p> <p>Enfants</p>	

### 3. Préparations réalisées par la PUI du centre

<p>Nombre de patients du centre concernés</p>	
<p>Nombre moyen de poches consommées par patient et par an</p>	
<p>Coût moyen d'une poche (préparation) pour adulte pris en charge en NPAD par le centre, estimée par la PUI (quel que soit le volume de celle-ci, calculé sur un an de consommation)</p> <p>Dont à détailler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prix d'achat des matières premières</li> <li>– Contrôles</li> <li>– Amortissement du matériel</li> <li>– Frais de personnels</li> </ul>	
<p>Coût moyen d'une poche (préparation) pour enfant pris en charge en NPAD par le centre pédiatrique, estimée par la PUI (quel que soit le volume de celle-ci, calculé sur un an de consommation)</p> <p>Dont à détailler :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prix d'achat des matières premières</li> <li>– Contrôles</li> <li>– Amortissement du matériel</li> <li>– Frais de personnels</li> </ul>	
<p>Commentaires, notamment si approche plus fine du coût d'une poche fabriquée par la PUI (prix maximum et minimum d'une poche)</p>	
<p>Durée moyenne de consommation par an, des préparations PUI par patients ; toute l'année ? 6 mois par an, un mois ?</p> <p>motif si durée inférieure à un an</p>	
<p>Commentaires autres, notamment si approche plus fine possible du prix des poches : prix minimum et prix maximum de facturation d'une poche, distribution des prix et éléments déterminants du prix :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Le volume de la poche ?</li> <li>– Sa composition (binaire/ternaire) ?</li> <li>– Sa destination (patient adulte/enfant) ?</li> <li>– La présence de nutriments particuliers ?</li> <li>– Une osmolarité importante ?</li> <li>– La pathologie prise en charge ?</li> <li>– Autre élément ?</li> </ul>	

### 4. Réfrigérateur dédié au domicile du patient

<p>Qui prend en charge le prix du le réfrigérateur dédié à la NPAD au domicile des patients ?</p>	
---	--

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Gestion

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction de la régulation  
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle  
et financière (R1)

#### **Instruction n° DGOS/R1/2019/269 du 30 décembre 2019 relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé dans le cadre du plan investir pour l'hôpital**

NOR : SSAH1937816J

*Date d'application* : immédiate.

Validée par le CNP le 10 janvier 2020 – Visa CNP 2020 – 2.

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

*Résumé* : instruction relative aux crédits dédiés à l'investissement du quotidien des établissements de santé dans le cadre du plan investir pour l'hôpital.

*Mots clés* : investissement du quotidien.

#### *Références :*

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et suivants et R. 6145-1 et suivants ;  
Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-13, L. 162-23-1,  
L. 162-23-8, L. 174-1, L. 174-1-1, R. 162-22 à R. 162-34-13 et D. 162-6 à D. 162-8.

*La ministre des solidarités et de la santé*

*à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).*

Conformément à mes engagements, l'investissement du quotidien des établissements de santé doit être une priorité. Il s'agit de permettre aux établissements de santé d'acheter le matériel indispensable pour le travail des soignants au quotidien.

Ainsi, 150 M€ de crédits seront fléchés chaque année, pendant 3 ans, pour répondre au besoin actuel d'investissement quotidien.

Ces crédits ont vocation à soutenir l'investissement courant au sein des établissements publics de santé, en ciblant le financement des besoins en équipements et petits matériels, ou de petites opérations de travaux qui impactent le quotidien des services de soins.

Ainsi, ces crédits sont destinés à financer des dépenses d'investissement telles que notamment des achats d'équipements hôteliers et logistiques, d'équipements de système d'information, d'opérations de travaux courants ou de rénovation légère, de petits matériels médicaux et biomédicaux voire d'équipements médicaux (hors équipements lourds) ou biomédicaux.

Je vous demande de veiller à ce que le plus grand nombre d'établissements publics de santé de vos régions puissent élargir à cette enveloppe de crédits, en priorisant ceux qui présentent des besoins urgents d'investissement courant.

Vous veillerez par ailleurs à ce que les crédits ainsi délégués s'inscrivent dans le cadre d'une prise de décision participative au sein des établissements impliquant les responsables médico-soignants des pôles et unités de soins.

Au vu de l'urgence à agir, j'ai souhaité procéder à la délégation de la première tranche de 150 M€ dès la 3<sup>e</sup> circulaire budgétaire 2019, afin que les premiers versements puissent être effectifs dès le mois de janvier prochain.

Je vous invite ainsi à faire remonter à la DGOS d'ici le 10 janvier 2020 les modalités de répartition de l'enveloppe entre établissements que vous avez souhaité retenir au sein de votre région.

Je souhaite également qu'à l'issue de cette première phase de délégation et au plus tard d'ici fin mars 2020, vous puissiez remonter à la DGOS les informations concernant l'utilisation effective des crédits au sein de la région permettant d'identifier la destination précise (par type d'établissement, de service, et par type d'investissement courant).

Vous voudrez bien me tenir informée des difficultés que vous pourriez rencontrer lors de la mise en œuvre de la présente instruction.

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales.

Pour la ministre et par délégation :

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

S. DECOOPMAN

# SANTÉ

## ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Personnel

#### CNG Centre national de gestion

### **Arrêté du 14 janvier 2020 relatif à la nomination des élèves directeurs des soins à l'École des hautes études en santé publique**

NOR : SSAN2030023A

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

Arrête :

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

Les personnels désignés ci-après, issus du concours interne, nommés élèves-directeurs et élèves-directrices des soins, à l'école des hautes études en santé publique, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020, ayant antérieurement la qualité de fonctionnaire, sont placés en position de détachement pendant la durée du stage et conservent, s'ils y ont avantage, le bénéfice de leur indice de traitement, sans préjudice des dispositions susceptibles de leur être appliquées en matière d'indemnités compensatrices :

M. ABARGHAZ Châou.  
Mme AKRONG Odile.  
Mme BISSON Nathalie.  
Mme BLONDEAU PATISSIER Christiane.  
Mme BOUILLON Muriel.  
M. BOURDUGE Maurice.  
Mme BRUNEAU Frédérique.  
M. BULTEAU Francis.  
Mme BUISSON Anne.  
Mme CAMIUL Anne-Lise.  
Mme CHAUVEL Sandrine.  
Mme DALBY Chrystèle.  
Mme DEHMOUCHE Véronique.  
Mme DERRIEN Catherine.  
Mme DRAY Sandrine.  
Mme FOMOA Mylène.

Mme GANDRE Edwige.  
Mme GENES Isabelle.  
Mme GRANDVALET Anne.  
M. GRELLIER Frédéric.  
Mme HAUDIDIER Alexandra.  
Mme HERAIL Bérangère.  
Mme HERVE-GRILLOT Agnès.  
Mme HEZARD Géraldine.  
Mme JACQUIN Sylvie.  
Mme KLEIN Claudie.  
M. LABOUROT Patrick.  
M. LAMARGOT Laurent.  
Mme LECLAND Christelle.  
Mme LECOMTE Catherine.  
Mme LEMAITRE Cécile.  
M. MALAVAUX Christophe.  
M. MOUCHON Frédéric.  
Mme NERZIC Christelle.  
Mme PAULIN Fabienne.  
Mme PECOUL Myriam.  
Mme PEURICHARD Catherine.  
Mme PINEAU-CARIÉ Stéphanie.  
Mme PINHEIRO Hélène.  
Mme PINNA Roxane.  
Mme QUINVILLE Anne.  
Mme RAFFIOT Agnès.  
Mme RENKES Jacqueline.  
M. RIBOUCHON Franck.  
Mme RODRIGUEZ Cécile.  
Mme ROLLAND Aurélia.  
M. SALIME Aynoudine.  
Mme SAUGIS Christine.  
Mme SAVALLE Christelle.  
Mme STEPHENSON SIGUIER Tadéa.  
Mme TOITOT Blandine.  
Mme TOUZZALI Saliha.  
Mme TRAVAILLARD Stéphanie.  
Mme TRAVERS Anne.  
Mme VIAN Christelle.

### Article 3

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

Fait le 14 janvier 2020.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,*  
EVE PARIER

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

#### CNG

Centre national de gestion

### **Arrêté du 21 janvier 2020 portant nomination des élèves directeurs et élèves directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique**

NOR : SSAN2030024A.

La directrice générale du Centre national de gestion,

Vu l'article L. 6141-1 du code de la santé publique ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 77-812 du 13 juillet 1977 relatif au régime de sécurité sociale des agents stagiaires des départements, des communes et de leurs établissements publics n'ayant pas le caractère industriel et commercial ;

Vu le décret n° 2001-424 du 14 mai 2001 modifié fixant le régime indemnitaire à l'École des hautes études en santé publique des élèves-directeurs et élèves-directrices stagiaires ;

Vu le décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté interministériel du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu la liste des candidats définitivement admis aux concours d'admission au cycle de formation des élèves-directeurs et élèves-directrices d'hôpital de classe normale organisé par l'École des hautes études en santé publique pour l'accès aux emplois du personnel de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 2°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986,

Arrête :

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

Sont nommés élèves-directeurs et élèves-directrices d'hôpital de classe normale à l'École des hautes études en santé publique, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et rémunérés à compter de cette date sur la base de l'indice brut 419, sans préjudice des dispositions susceptibles de leur être appliquées en matière d'indemnités compensatrices, les personnels ci-après désignés par ordre alphabétique :

M. ABED Sabri.

Mme ANSTETT SINIGAGLIA Émilie.

M. ARANDEL Charles.

M. ASSIÉ Gaétan.

M. AUGIER Rudy.

M. AYRAUD-COLLINEAU Arthur.

Mme BAYOT Emma.

Mme BENOIST Agathe.

Mme BINAY Sarah.

M. BOLMONT Antoine.



Mme BOQUET Clarisse.  
Mme BOURGET Mathilde.  
M. BOURRELIÉ Romain.  
Mme BOUVET Charlotte.  
Mme BRETAGNE Camille.  
Mme BRIED Frédérique.  
Mme BRU Claire.  
Mme CANTAT Amélie.  
M. CARRIÉ Florent.  
M. CHIROL Augustin.  
M. CIESLIK Denis.  
Mme CRÉPIN Angélique.  
M. CURTI Laurent.  
Mme DA SILVA BARRETO Bianca.  
Mme DE CESARE Virginie.  
Mme DE CORBIÈRE Juliette.  
M. DELATTRE Lucas.  
M. DENAVIT Sami.  
Mme DIOSZEGHY Stéphanie.  
M. DRILLAT Jean-Philippe.  
Mme DUMONT Magali.  
Mme EVANO Sarah.  
M. FILIPOVITCH Stéphane.  
M. FLECKSTEIN Ronan.  
Mme FOSSE Lola.  
Mme GERMAIN Armelle.  
M. GIRAUD Loïs.  
Mme GONCALVES Alexandrine.  
M. GRIFFAUD Michaël.  
Mme GUÉRIF Enora.  
Mme GUERNER Louise.  
M. HAAS Jonathan.  
M. HANNETEL Louis.  
M. HINCKER Jérôme.  
Mme JACOUD Lorène.  
M. LALLOT Matthieu.  
Mme LAPEYRE Marlène.  
M. LATINIER Fabien.  
Mme LEAL Camille.  
M. LECOMTE Bastien.  
Mme LEHERICEY Hélène.  
Mme LEMIERRE Élise.  
M. LUCREZIA Jean.  
M. MALLET-GUY Clément.  
Mme MARTI Élisabeth.  
Mme MARTIN Léopoldine.  
Mme MATHIEU Alice.  
Mme MAURIAT Jennifer.  
Mme MEILLEUR Lisa.  
Mme MENARD Chafika.

M. MORIZOT Jonathan.  
M. PATRIER François.  
Mme PEIGNOT Maïna.  
Mme PEN-FEUILLETTE Jaëlle.  
Mme PETITIN Stéphanie.  
Mme PHARAM Patricia.  
M. PLEIGNET Benjamin.  
Mme QUESNEY Audrey.  
Mme REDJEM Maya.  
Mme ROBERT Magali.  
M. ROUSSEAU Basile.  
M. SAVET Geoffroy.  
Mme SICK Mélanie.  
Mme SINANG Noëlle.  
Mme TALEC Marie.  
Mme THOMAS Magali.  
M. URO Florent.  
M. VALERI Aurélien.  
M. VASSET Jean-Baptiste.  
M. VINDRET Aristide.  
M. WENDLING Léonard.  
M. ZOMER Mathias André.

Article 2.

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

Fait le 21 janvier 2020.

*La directrice générale  
du Centre national de gestion,*  
EVE PARIER

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de l'offre de soins*

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,  
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

*Secrétariat général*

*Direction générale des ressources humaines*

#### **Arrêté du 7 février 2020 portant nomination du directeur de la recherche de l'institut Gustave-Roussy, centre de lutte contre le cancer à Villejuif**

NOR : SSAH2030035A

La ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L.6162-13 et D.6162-14;

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

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

Vu l'avis du conseil d'administration de l'institut Gustave-Roussy transmis le 20 janvier 2020;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer transmis le 23 janvier 2020,

Arrêtent:

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

M. Fabrice ANDRE, professeur des universités-praticien hospitalier au centre hospitalier et universitaire de Paris (UFR de médecine Paris-Saclay), est nommé en qualité de directeur de la recherche de l'institut Gustave-Roussy, centre de lutte contre le cancer à Villejuif pour une durée de cinq ans.

#### Article 2

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

Fait le 7 février 2020.

Pour la ministre des solidarités et de la santé  
et par délégation:

*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

Pour la ministre de l'enseignement supérieur,  
de la recherche et de l'innovation:

*La sous-directrice du pilotage du recrutement  
et de la gestion des enseignants-chercheurs,*  
HÉLÈNE MOULIN-RODARIE

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'État 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.

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 16 janvier 2020 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier de Lens**

NOR : SSAH2030010S

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6143-3-1 ;

Vu l'arrêté DOS-SDPerfQual-PDSB-2020-116 du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France portant placement sous administration provisoire du centre hospitalier de Lens à compter du 21 janvier 2020,

Décide :

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

M. Etienne MOREL, directeur d'hôpital, et Mme Sandrine COTTON, directrice d'hôpital, sont désignés pour assurer l'administration provisoire du centre hospitalier de Lens à compter du 21 janvier 2020 pour une durée de six mois.

#### Article 2

Pendant la période de l'administration provisoire, mentionnée à l'article 1<sup>er</sup> de la présente décision, les attributions de directeur de l'établissement seront assurées par M. Etienne MOREL. En cas d'empêchement de ce dernier, les attributions de directeur d'établissement sont assurées par Mme Sandrine COTTON.

#### Article 3

La présente décision est notifiée au président du conseil de surveillance, au directeur du centre hospitalier de Lens, ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France et aux administrateurs provisoires désignés.

#### Article 4

La présente décision entrera en vigueur le 21 janvier 2020 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
KATIA JULIENNE

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

#### Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision du 28 janvier 2020 désignant l'administrateur provisoire du centre hospitalier de Chaumont**

NOR : SSAH2030032S

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6143-3-1 ;

Vu l'arrêté n° 2019-1664 du 4 novembre 2019 du directeur général de l'agence régionale de santé Grand Est relatif au placement sous administration provisoire du centre hospitalier de Chaumont à compter du 8 novembre 2019 ;

Vu la décision du 7 novembre 2019 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier de Chaumont,

Décide :

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

Il est mis fin, à sa demande, aux fonctions d'administrateur provisoire de M. Frédéric LECENNE, directeur d'hôpital, à compter du 20 janvier 2020.

#### Article 2

M. Jean-Michel PEAN, directeur d'hôpital, assure l'administration provisoire du centre hospitalier de Chaumont à compter du 20 janvier 2020 et jusqu'au 7 novembre 2020.

Pendant la période de l'administration provisoire, mentionnée au présent article, les attributions de directeur de l'établissement seront assurées par M. Jean-Michel PEAN.

#### Article 3

La présente décision est notifiée au président du conseil de surveillance, à l'administrateur provisoire désigné, ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé Grand Est.

#### Article 4

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

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
KATIA JULIENNE

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Arrêté du 31 janvier 2020 relatif à l'élection du président de la Conférence nationale de santé et des membres de la commission permanente**

NOR : SSAP2030031A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-3, D. 1411-40, D. 1411-41 et D. 1411-47,

Arrête :

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

L'élection du président de la Conférence nationale de santé a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, par et parmi les membres de l'assemblée plénière.

Il ne peut être procédé valablement à l'élection du président, que si la moitié au moins des membres composant l'assemblée plénière est présente ou a donné mandat.

Est élu le candidat le mieux placé, ayant obtenu au premier tour la majorité absolue des suffrages exprimés ou, à défaut, au second tour, le candidat ayant obtenu le plus de voix. À égalité de voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

##### Article 2

Outre son président, qui est celui de la Conférence nationale de santé, la commission permanente est composée de dix-sept membres ainsi répartis :

- pour le collège 1 : 4 membres ;
- pour le collège 2 : 3 membres ;
- pour le collège 3 : 3 membres ;
- pour le collège 4 : 3 membres ;
- pour le collège 5 : 4 membres.

##### Article 3

L'élection des membres de la commission permanente a lieu au scrutin uninominal majoritaire à deux tours, par et parmi les membres de chacun des collèges.

Il ne peut être procédé valablement à l'élection des membres représentant les collèges à la commission permanente, que si la moitié au moins des membres de chaque collège est présente ou a donné mandat.

Sont élus le ou les candidats les mieux placés, ayant obtenu au premier tour la majorité absolue des suffrages exprimés ou, à défaut, au second tour, le ou les candidats ayant obtenu le plus de voix. À égalité de voix, le candidat le plus âgé est proclamé élu.

##### Article 4

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

Fait le 31 janvier 2020.

Pour le ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
JÉRÔME SALOMON

## SANTÉ

### SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

**Décision du 18 décembre 2019 portant agrément de la société Nimes Center pour une prestation d'hébergement de type « salle blanche » via la location d'espaces d'hébergement et baies de stockage de son datacenter avec des services associés de type connectivité et « hand and eyes »**

NOR : SSAZ1930860S

La ministre des solidarités et de la santé,  
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-11 ;  
Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 17 juillet 2019 ;  
Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 18 octobre 2019,

Décide :

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

La société Nimes Center est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel.

#### Article 2

La société Nimes Center s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

#### Article 3

La déléguée, par intérim, à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargée de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 18 décembre 2019.

Pour la ministre et par délégation :  
*La déléguée par intérim,*  
LAURA LETOURNEAU

# SANTÉ

## SANTÉ PUBLIQUE

### Santé environnementale

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*

Sous-direction de la veille  
et de la sécurité sanitaire

Bureau des risques infectieux émergents  
et des vigilances

### **Note d'information n° DGS/VSS1/2020/15 du 13 janvier 2020 relative à la diffusion de l'outil ARBOCARTO**

NOR : SSAP2002393N

Inscrite pour information à l'ordre du jour du CNP du 24 janvier 2020 – N° 08.

**Résumé :** la présente note d'information a pour objet d'explicitier les modalités de diffusion de l'outil de cartographie prédictive des densités de populations d'*Aedes albopictus* ARBOCARTO.

**Mention outre-mer :** l'outil Arbocarto est également disponible pour les territoires ultramarins.

**Mots clés :** moustiques vecteurs de maladie – prévention des maladies vectorielles – mobilisation sociale – lutte antivectorielle.

**Références :**

Décret n° 2019-258 du 29 mars 2019 relatif à la prévention des maladies vectorielles ;

Arrêté du 23 juillet 2019 pris en application de l'article R. 3114-11 du code de la santé publique.

**Annexe :**

Modèle de formulaire de demande de mise à disposition de l'outil ARBOCARTO.

*Le directeur général de la santé  
à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.*

Le moustique *Aedes albopictus* est l'un des vecteurs des virus de la dengue, du chikungunya et du zika, en particulier en milieu urbain auquel il est pleinement adapté. *Aedes albopictus* est présent dans l'Océan Indien (Réunion et Mayotte) et dans de nombreux départements de France métropolitaine. La présence concomitante de populations de moustiques vecteurs et d'arbovirus est à l'origine d'épidémies dans les différents territoires d'outre-mer et constitue également un risque important pour la France hexagonale, laquelle connaît une colonisation de son territoire par ce moustique.

La direction générale de la santé (DGS) a conduit une réforme de la gouvernance de la prévention des maladies vectorielles. La première phase de celle-ci a été matérialisée par la publication du décret du 29 mars 2019, lequel a notamment confié les missions de surveillance entomologique et d'intervention autour des cas humains aux agences régionales de santé (ARS) prévues au 3° et au 6° du II de l'article R. 3114-9 du code de santé publique.

Les premiers arrêtés d'application de ce décret ont été signés le 23 juillet 2019.

Afin de vous assister dans la conduite de cette nouvelle mission, la direction générale de la santé met à votre disposition l'outil ARBOCARTO, lequel permet la modélisation spatiale dynamique des populations d'*Aedes* vecteurs. Cet outil a été développé dans le cadre de la convention-cadre de coopération signée entre la DGS, le service de santé des armées et le Centre national d'études spatiales. Cette coopération s'inscrit dans la feuille de route de la stratégie e-Santé 2020 annoncée par la ministre de la santé le 4 juillet 2016, dont le but est de tirer parti de façon optimale des



compétences de chacun pour répondre au mieux aux besoins de santé de la population. Elle a pour objectif de mettre le numérique au service de la modernisation et de l'efficacité du système de santé et prévoit le développement d'imagerie et de représentation des données environnementales pour faciliter les interventions en santé (notamment pour la lutte contre les insectes vecteurs de maladies infectieuses).

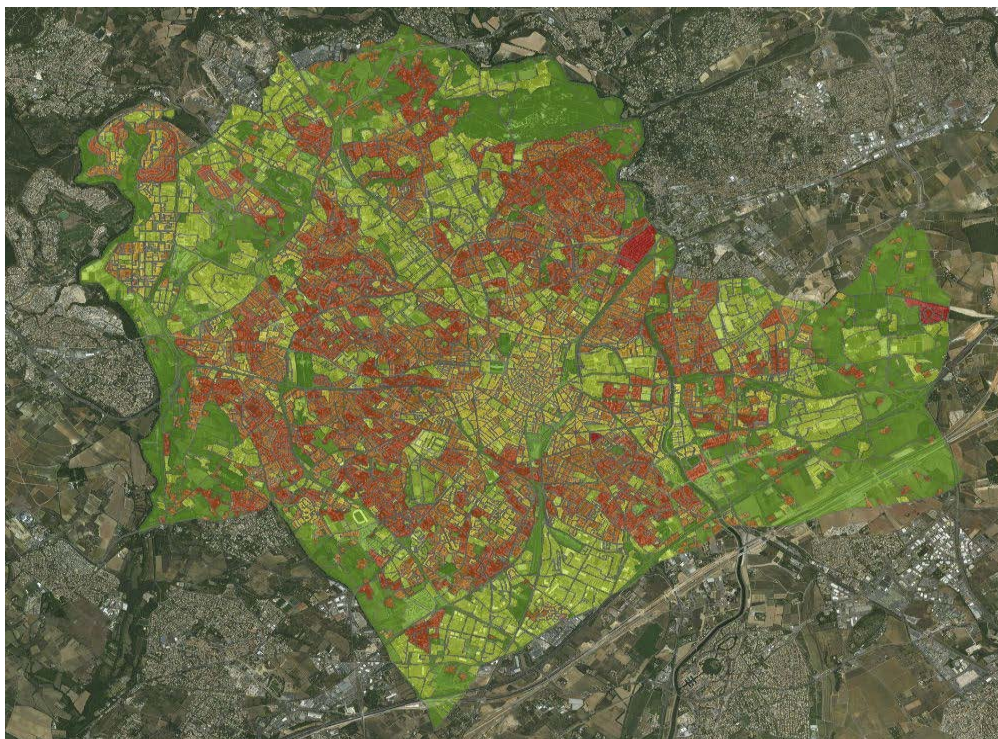
Cet outil nécessite l'utilisation de données météo journalières qui, à votre demande, vous seront fournies dans le cadre de la convention passée entre la DGS et météo-France.

### 1. Présentation du projet ARBOCARTO

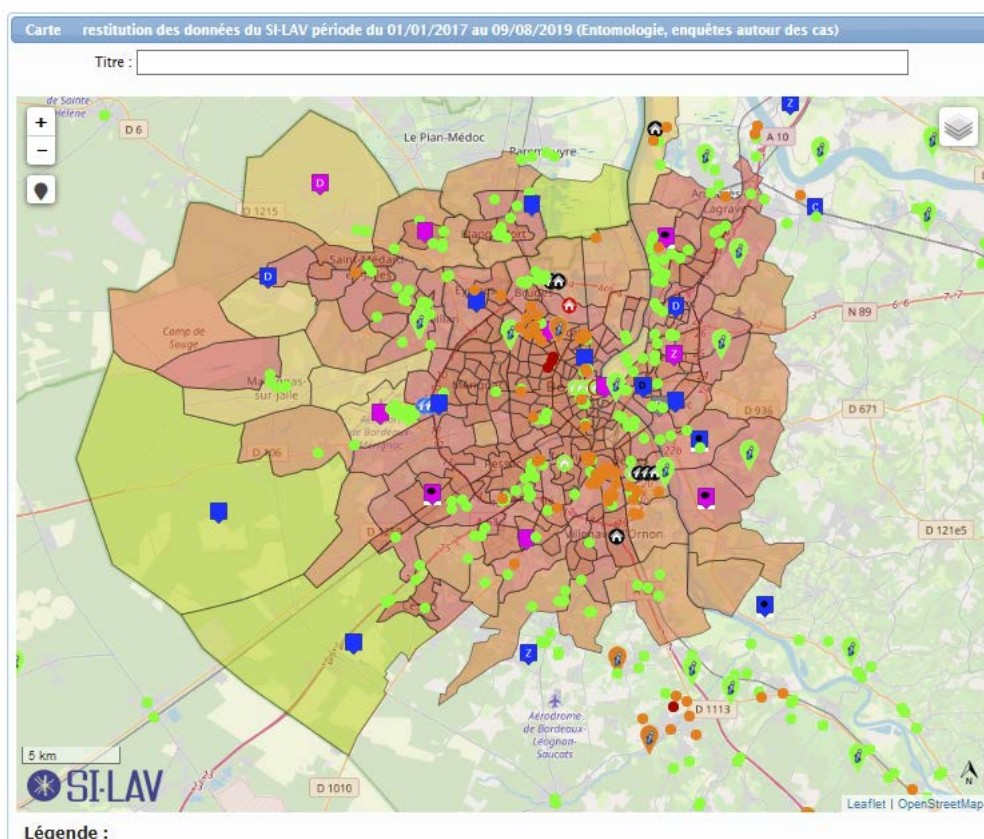
Le projet ARBOCARTO est le fruit de deux projets : le projet Life+ « Télédétection et anticipation », développé entre 2009 et 2013 par l'EID-Méditerranée, le centre de coopération internationale en recherche agronomique pour le développement (CIRAD) et Marie Demarchi (MD), structure privée basée à la Maison de la Télédétection, et le projet Alborun (2015-2016) développé par l'ARS de La Réunion, le CIRAD, l'Institut de recherche pour le développement (IRD) et Marie Demarchi. Le développement de l'outil a été réalisé par un Consortium réunissant l'EID Rhône-Alpes, l'EID-Atlantique, l'EID-Méditerranée, les ARS Nouvelle Aquitaine, Auvergne Rhône-Alpes et Occitanie, le CIRAD, l'IRD et MD.

L'objectif du projet Arbocarto est le développement d'un outil de cartographie prédictive des densités de populations d'*Aedes* vecteurs à une échelle spatiale adaptée à l'organisation des actions de surveillance et de contrôle menées par les agences régionales de santé à partir de données entomologiques locales, météorologiques et de télédétection à haute et très haute résolution spatiale pour déterminer l'occupation des sols (trame verte, type d'urbanisation). Les cartes produites par l'outil permettront de cibler en priorité les lieux où un risque d'abondance de moustiques est très élevé, afin d'orienter les actions de mobilisation sociale de lutte anti vectorielle. Les cartes produites peuvent être intégrées dans l'outil national SI-LAV afin de croiser les prévisionnels avec les données de terrain.

L'exemple ci-dessous représente une cartographie des densités du moustique tigre *Aedes albopictus* pour Montpellier (Hérault, France) prédites à partir de variables météorologiques et environnementales pour juillet 2018. Les zones rouges correspondent à des densités fortes de moustiques tigres et les zones vertes à des densités faibles :



L'intégration des cartes produites par l'intermédiaire d'Arbocarto dans l'application SI-LAV du ministère chargé de la santé est opérationnelle et elle vous permettra de croiser les données saisies dans l'application avec les cartes prévisionnelles :



Exemple d'affichage d'une couche prévisionnelle dans la restitution du SI-LAV.

## **2. Les conditions de mise à disposition de l'outil**

La DGS est propriétaire du démonstrateur ARBOCARTO qui est diffusé sous licence libre CECILL B. Vous pourrez disposer de l'outil sur simple demande effectuée auprès de la DGS à l'aide du formulaire figurant en d'annexe. En utilisant ce même formulaire, les personnels des organismes habilités réalisant pour votre compte les missions prévues au 3° et 6° du II de l'article R. 3114-9 du code de la santé publique pourront également en faire la demande. Il en va de même pour vos partenaires exerçant au sein des collectivités territoriales.

Il convient d'indiquer que la DGS ne fournit pas les fonds de carte satellite, ni les données environnementales et n'assure pas l'aide en ligne sur produit. La compétence métier se situe au CIRAD et à la maison de la télédétection à Montpellier.

Vos services pourront, soit récupérer les données satellitaires à partir des différents sites internet en suivant la procédure décrite dans la notice remise avec l'outil, soit faire réaliser ces fonds de cartes par le prestataire de leur choix.

Une notice explicative détaillée et des supports d'auto formation sont livrés avec l'outil. Pour tout besoin de formation complémentaire pour vos agents ou les personnels des organismes habilités auxquels vous avez confié la réalisation de vos missions, je vous invite à vous rapprocher de la maison de la télédétection (MD) et du CIRAD.

Afin d'assurer un suivi de cet outil et de veiller à sa maintenance et à son optimisation, les utilisateurs adresseront un bilan annuel de son utilisation à la DGS.

Mes services restent à votre disposition pour toute précision complémentaire.

Pour la ministre et par délégation :  
*Le directeur général de la santé,*  
Pr J. SALOMON

ANNEXE 1

MODÈLE DE FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE À DISPOSITION DE L'OUTIL ARBOCARTO



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MISE À DISPOSITION DE L'OUTIL ARBOCARTO

À renvoyer par courriel à la Direction Générale de la Santé  
(Sous-Direction de la veille et de la sécurité sanitaire, à l'attention du bureau VSS1  
([albert.godal@sante.gouv.fr](mailto:albert.godal@sante.gouv.fr) et [dgs-silav@sante.gouv.fr](mailto:dgs-silav@sante.gouv.fr))

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU DEMANDEUR

Raison sociale :

Activité (Code APE, NAF) :

N° SIREN :

N° SIRET :

Statut juridique :

Territoire(s) pour le(s)quel(s) l'outil Arbocarto est demandée :

Personne responsable du déploiement et de l'outil :

Nom : .....

Prénom : .....

Courriel : .....

Téléphone : .....

Adresse postale : .....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné(e),

.....

ai besoin de disposer de l'outil ARBOCARTO pour la réalisation de cartes prévisionnelles de densité de moustique vecteur *Aedes albopictus* / *aegypti*, utiles à mon action de prévention des maladies transmises par les insectes.

Je m'engage à ne pas diffuser l'outil, toute demande d'un nouvel utilisateur devant être faite directement à la DGS à l'aide de ce formulaire, à respecter les accords de licence de l'outil<sup>1</sup>, et à transmettre à la DGS un bilan annuel de son utilisation<sup>2</sup>.

Fait à : ..., le ....

Cachet de l'établissement  
Signature du demandeur

Signature du responsable

<sup>1</sup> Arbocarto est diffusé sous la licence libre CECILL-B pour toute la durée des droits d'auteur.

<sup>2</sup> Le bilan portant sur l'utilisation d'ARBOCARTO (nombre de cartes produites, secteurs géographiques concernés par la modélisation, utilisation des données, problèmes rencontrés et souhaits d'évolution) sera communiqué par les ARS au cours d'une réunion annuelle des administrateurs de l'outil, organisée par la DGS.



## SOLIDARITÉS

### ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 20 décembre 2019 relatif à l'agrément de certains accords de travail applicables dans les établissements et services du secteur social et médico-social privé à but non lucratif (JORF n° 0018 du 22 janvier 2020)**

NOR : SSAA2000994A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 314-6 et R. 314-197 à R. 314-200;

Vu les avis de la Commission nationale d'agrément, mentionnée à l'article R. 314-198, en date du 19 décembre 2019;

Vu les notifications en date du 20 décembre 2019,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Sont agréés, sous réserve de l'application des dispositions législatives ou réglementaires en vigueur, à compter de la date prévue dans le texte ou, à défaut, de la date de publication du présent arrêté au *Journal officiel* de la République française, les accords collectifs de travail et décisions suivants:

#### A. – Accords de branches et conventions collectives nationales

##### I. – Branche Aide à Domicile

1. Accord 41/2019 du 3 septembre 2019 relatif à l'actualisation des dispositions relatives au droit syndical

2. Accord 42/2019 du 2 octobre 2019 relatif à l'augmentation de la cotisation employeur au titre de la prévoyance

#### B. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales

##### I. – Association Saint-Gemme, 11140 Bram et Centre de Lordat, 09250 Lordat

Accord d'entreprise du 20 septembre 2019 relatif à substitution suite à fusion

##### II. – Fondation Marie-Louise 31150 Gratentour

Accord d'entreprise du 18 septembre 2019 relatif à la négociation annuelle obligatoire

##### III. – Association Au Moulleau avec Vincent de Paul 33120 Arcachon

Accord du 2 septembre 2019 relatif à l'indemnité kilométrique vélo

##### IV. – Association pour l'Education et l'Insertion Sociale 33200 Bordeaux

Accord du 11 juillet 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique

##### V. – Résidence Les Orchidées 59170 Croix

Accord d'entreprise du 10 octobre 2019 relatif à l'attribution d'une prime de continuité de service

VI. – Association Ardèche Aide à Domicile  
07003 Privas

Accord d'entreprise du 12 avril 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique

VII. – Association Accueil et Famille  
31300 Toulouse

Accord d'entreprise du 1<sup>er</sup> avril 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique

VIII. – Association Marie Moreau  
44600 Saint-Nazaire

Accord d'entreprise du 11 juillet 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique

IX. – APAJH du Loiret  
45130 Meung-sur-Loire

Protocole d'accord préélectoral du 4 octobre 2019 relatif aux élections des membres du comité social et économique

X. – Association Envol Picardie  
60280 Margny-lès-Compiègne

Accord d'entreprise du 18 juillet 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique

XI. – Association nationale d'action et d'insertion sociale  
61000 Alençon

Accord d'entreprise du 4 juillet 2019 relatif au vote électronique

XII. – ORSAC  
69002 Lyon

a) Accord d'entreprise du 10 septembre 2019 relatif à la mise en place du comité social et économique central

b) Accord d'entreprise du 10 septembre 2019 relatif à la possibilité de recours au vote électronique

XIII. – Association Le Moulin Vert  
75017 Paris

Accord d'entreprise du 28 août 2019 relatif à la réduction des mandats

XIV – Association Les Cités du Secours Catholique  
75020 Paris

Accord d'entreprise du 19 septembre 2019 relatif à la reconduction du recours au vote électronique

XV. – UES Coallia  
75012 Paris

Accord d'entreprise du 9 mai 2019 relatif à l'aménagement du temps de travail

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

**A. – Accords d'entreprise et décisions unilatérales**

I. – Association Repos et Santé  
12800 Sauveterre-de-Béarn

Accord d'entreprise du 7 octobre 2019 relatif à l'aménagement du temps de travail

II – Association Accueil et Familles  
31300 Toulouse

Accord d'entreprise du 30 août 2019 relatif à l'attribution d'une indemnité kilométrique vélo

**Art. 3** – La directrice générale de la cohésion sociale est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 décembre 2019.

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de la cohésion sociale,*  
V. LASSERRE

## ANNEXE 1

### AVENANT N° 41/2019 À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)

#### PRÉAMBULE

Le présent avenant a pour objet de mettre à jour les dispositions du titre II de la convention collective de la Branche de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile à l'exception des articles réservés qui ne sont pas modifiés et qui feront l'objet de négociations ultérieures.

Les partenaires sociaux de la Branche partagent la volonté de renforcer la qualité du dialogue social au niveau national comme au niveau des structures de la Branche.

Les partenaires sociaux s'engagent à inscrire dans les priorités de la Branche en matière de formation professionnelle les salariés ayant exercé les fonctions de représentants du personnel titulaires.

Les structures ayant procédé à la mise en place du CSE avant la promulgation de cet avenant sont tenues de le mettre en application et en particulier pour la mise en place des commissions.

Les parties signataires du présent avenant décident des dispositions suivantes :

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

#### TITRE II

#### LES RELATIONS COLLECTIVES DE TRAVAIL

#### CHAPITRE 1<sup>er</sup>

#### CRÉATION DU FONDS D'AIDE AU PARITARISME

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

##### *Fonds d'aide au paritarisme*

Les parties signataires confirment leur attachement à développer une politique de relations sociales et de négociation de qualité, ce qui implique la mise en œuvre de moyens. C'est l'esprit qui anime les signataires dans la création d'un fonds d'aide au paritarisme garantissant le droit des salariés et des employeurs à la négociation collective.

Ce fonds d'aide au paritarisme est destiné à financer :

- les remboursements des frais de repas, de transport et d'hébergement, ainsi que les remboursements éventuels de salaires aux organismes employeurs et aux organisations syndicales composant les délégations appelées à participer aux réunions :
- de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation ;
- de la commission paritaire nationale de suivi du régime de prévoyance ;
- de la commission paritaire nationale de suivi du régime de complémentaire santé ;
- des commissions paritaires nationales de suivi ;
- de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP) ;
- des commissions paritaires régionales de l'emploi et de la formation professionnelles (CPREFP) ;

et

- des journées ou demi-journées de préparations des commissions, telles que prévues dans la présente convention collective ;
- les temps de réunion des groupes de travail paritaires dès lors qu'ils sont mis en place par les partenaires sociaux ;
- la prise en charge du temps de préparation de ces groupes de travail est appréciée au cas par cas par les partenaires sociaux ;
- la réalisation d'études décidées paritairement ;
- l'exercice du droit à la négociation collective des partenaires sociaux tel que prévu à l'article II.18 ;

- l'exercice du dialogue social local tel que prévu à l'article II.25;
- les frais de fonctionnement de l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme.

## Article 2

### *Financement du fonds d'aide au paritarisme*

Le financement du fonds d'aide au paritarisme est notamment assuré par une cotisation annuelle à la charge des employeurs assise sur la masse salariale brute de l'entreprise.

## Article 3

### *Montant de la cotisation*

La cotisation est fixée à 0,040 %. Elle est appelée dès le premier euro.

Une négociation sur le taux de cotisation sera engagée l'année qui suit l'entrée en vigueur de la présente convention et périodiquement tous les 3 ans à compter de cette date.

Par ailleurs, l'article L. 2135-10 du code du travail fixe une contribution qui ne pourra excéder 0,02 % assise sur les rémunérations versées aux salariés mentionnés l'article L. 2111-1 du code du travail et comprises dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Cette contribution fait l'objet d'un recouvrement à l'identique des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Si cette contribution est inférieure à 0,02 %, le reliquat sera affecté au fonds d'aide au paritarisme prévu au présent chapitre.

## Article 4

### *Collecte de la cotisation (réservé)*

....

## Article 5

### *Association de gestion du fonds d'aide au paritarisme*

L'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme de la branche de l'aide à domicile créée par les organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche et les Fédérations ou Unions d'employeurs a pour mission d'assurer la gestion du fonds en conformité avec les principes fixés à l'article II.1. de la présente convention.

## Article 6

### *Modalités de suivi et d'affectation des fonds (réservé)*

....

## Article 7

### *Date d'effet*

La période de référence de recouvrement commence sur l'année civile qui suit la publication au *Journal officiel* de l'arrêté d'agrément de la présente convention collective.

## Article 8

### *Les organisations représentatives dans la branche de l'aide à domicile*

Les organisations représentatives au niveau de la branche sont celles remplissant les conditions légales et réglementaires.



## CHAPITRE 2

### RELATIONS COLLECTIVES AU NIVEAU DE LA BRANCHE

#### A. – COMMISSION PARITAIRE PERMANENTE DE NÉGOCIATION ET D'INTERPRÉTATION

La commission a deux types de missions principales, la première relative à la négociation (article II.9) et la seconde relative à l'interprétation (article II.10).

#### Article 9

##### *Négociation*

La commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation a pour mission notamment de négocier les avenants à la présente convention collective de branche.

Elle représente la Branche, notamment dans l'appui aux entreprises et vis-à-vis des pouvoirs publics. Par décision unanime, la CPPNI peut mandater un binôme paritaire afin de la représenter.

Les partenaires sociaux de la Branche se réunissent périodiquement pour négocier sur les thèmes devant obligatoirement être abordés dans les conditions légales et réglementaires en vigueur.

Les accords signés en CPPNI ne peuvent pas être remis en cause dans un sens moins favorable par des accords d'entreprises sauf dispositions légales et réglementaires.

#### Article 9.1

##### *Représentation aux réunions*

L'importance de la représentation est laissée au libre choix des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche au sens de l'article II.8. et des fédérations et unions d'employeurs, dans la limite de 5 représentants pour chacune.

#### Article 9.2

##### *Participation aux frais*

Pour la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation, l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme prend en charge les frais dans les conditions suivantes :

##### *Personnes prises en charge*

Les remboursements sont limités à :

- trois représentants salariés d'entreprise désignés par organisation syndicale représentative au niveau de la branche ;

et

- d'un nombre équivalent de représentants employeurs issus de structures adhérentes à une fédération ou union d'employeurs.

##### *Rémunérations*

Un temps de préparation équivalent au temps de réunion passé aux commissions paritaires nationales visées à l'article II.9. est accordé au salarié qui participe à ces réunions. Les heures de participation et de préparation des réunions sont considérées comme temps de travail effectif et rémunérées comme tel.

Le temps de transport excédant la durée normale de trajet domicile-siège social de la structure employeur fait l'objet d'une contrepartie. Cette contrepartie est la suivante :

- de 50 à 1200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion, attribution d'une demi-journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel ;
- pour un trajet au-delà de 1200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion : attribution d'une journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

La distance sera déterminée avec un outil de calcul d'itinéraire (exemple : Mappy, ViaMichelin...).

##### *Frais de transport et d'hébergement*

Le remboursement de frais de transport se fait sur la base du billet SNCF 2<sup>e</sup> classe, sur justificatif. Lorsque l'ensemble des frais inhérents au déplacement par chemin de fer est supérieur à ceux d'un voyage par avion, il est possible d'utiliser ce dernier moyen de transport.

Le remboursement des frais de repas est plafonné à 6 fois le minimum garanti, sur justificatif.

Le remboursement des frais d'hébergement est plafonné à 20 fois le minimum garanti, sur justificatif. Ce remboursement est porté à 30 fois le Minimum Garanti, sur justificatif, pour les hébergements sur Paris.

## Article 10

### *Interprétation*

La commission est saisie par une fédération ou union nationale d'employeurs ou une fédération nationale d'organisation syndicale de salariés représentative dans la branche.

Elle est composée paritairement en nombre égal de deux représentants désignés par chaque organisation syndicale représentative dans la branche et d'un nombre équivalent de représentant de fédération ou unions d'employeurs représentatifs dans la Branche.

Après réception de la saisine, la commission se réunit dans un délai de deux mois maximum déduction faite des périodes de congés scolaires d'été.

Elle peut rendre un avis à la demande d'une juridiction sur l'interprétation d'une convention ou d'un accord collectif, conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les avis de la commission sont pris à l'unanimité.

Un procès-verbal des avis est rédigé et approuvé au plus tard à la séance suivante.

Les avis sont adressés aux membres de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation. S'il s'agit d'un litige individuel, l'avis est également transmis aux parties à l'origine de la saisine.

Lorsque la commission est amenée à statuer sur la situation d'un ou plusieurs salariés, la demande doit être accompagnée d'un rapport écrit circonstancié et des pièces nécessaires pour une étude préalable de la ou des questions soumises.

## Article 11

### *Fonctionnement de la CPPNI*

La Commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) se réunit au moins trois fois par an en vue de mener les négociations au niveau de la branche.

Elle définit son calendrier de négociation conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Lorsque la CPPNI est mixte, la présidence est assurée par le représentant du ministère du travail.

En dehors de ce cas la présidence est assurée alternativement à chaque séance par un représentant du collège employeur et un représentant du collège salarié.

## Article 12

### *Transmission des accords d'entreprise à la CPPNI*

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, les structures de la branche doivent transmettre à la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation (CPPNI) leurs conventions et accords d'entreprise, comportant des dispositions relatives à la durée du travail, au repos quotidien, aux jours fériés, aux congés et au compte épargne temps.

La partie la plus diligente transmet ces conventions et accords d'entreprise à la CPPNI. Elle informe les autres signataires de ces conventions et accords d'entreprise de cette transmission.

Ces conventions et accords d'entreprise sont transmis à l'adresse postale de la CPPNI:

CPPNI Branche de l'aide à domicile c/o AGFAP,  
184 A, rue du Faubourg-Saint-Denis  
75484 Paris Cedex 10

La CPPNI accuse réception des conventions et accords d'entreprise transmis.

B. – COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DE SUIVI

Article 13

*Attribution et objet*

Une commission paritaire nationale de suivi est chargée d'assurer le suivi de l'application des textes conventionnels.

Article 14

*Composition et fonctionnement*

a) Composition

La commission est composée paritairement en nombre égal de deux représentants désignés par chaque organisation syndicale représentative dans la Branche et d'un nombre équivalent de représentants de fédération ou union d'employeurs de la branche représentative dans la Branche.

b) Saisine

La commission est saisie par une fédération ou union nationale d'employeurs ou une fédération nationale d'organisation syndicale de salariés représentative dans la branche.

Après réception de la saisine, la commission se réunit dans un délai de 2 mois maximum déduction faite des périodes de congés scolaires d'été.

c) Avis

Les avis de la commission sont pris à l'unanimité.

Un procès-verbal des avis est rédigé et approuvé au plus tard lors de la commission paritaire suivante.

Les avis sont adressés aux membres de la commission paritaire nationale de suivi ainsi qu'aux membres de la commission paritaire permanente de négociation et d'interprétation. S'il s'agit d'un litige individuel, l'avis est également transmis aux parties à l'origine de la saisine.

d) Présidence et secrétariat

La commission est présidée alternativement à chaque séance par un représentant des fédérations ou unions nationales d'employeurs ou par un représentant d'une organisation syndicale de salariés représentative dans la branche. Le président est désigné alternativement par le collège auquel il appartient.

Le secrétariat de la commission est assuré alternativement à chaque séance par un représentant des fédérations ou unions nationales d'employeurs ou par un représentant d'une organisation syndicale de salariés représentative dans la branche.

e) Dossier à constituer

Lorsque la commission est amenée à statuer sur la situation d'un ou de plusieurs salariés, la demande doit être accompagnée d'un rapport écrit circonstancié et des pièces nécessaires pour une étude préalable de la ou des questions soumises.

C. – COMMISSION PARITAIRE NATIONALE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE  
ET COMMISSION PARITAIRE RÉGIONALE DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Article 15

*Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP)*

Article 15.1

*Composition*

La CPNEFP est composée paritairement en nombre égal de deux représentants titulaires et de deux représentants suppléants désignés par chaque organisation syndicale représentative au niveau national dans la branche et d'un nombre équivalent de représentants de fédération ou union d'employeurs représentatives dans la branche.

Les remboursements sont limités à deux représentants salariés d'entreprise désignés par organisation syndicale représentative au niveau de la branche.

#### Article 15.2

##### *Missions*

Les missions de la CPNEFP sont les suivantes :

- examiner l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des qualifications professionnelles au regard des informations issues de l'observatoire prospectif des métiers et qualifications ;
- élaborer et proposer des orientations générales en matière d'emploi dans la branche, évaluer par ailleurs les besoins en matière d'emploi au regard des évolutions sociologiques et démographiques ainsi que la situation économique de la branche, en étudier les effets sur les classifications et faire toute proposition nécessaire ;
- participer à l'étude des moyens de formation, de perfectionnement et de réadaptation professionnels, existant pour les différents niveaux de qualification ;
- rechercher, avec les pouvoirs publics et les organisations intéressées, les mesures propres à assurer la pleine utilisation, l'adaptation et le développement de ces moyens ;
- formuler à cet effet toutes observations et propositions utiles et notamment de préciser les conditions d'évaluation des actions de formation ;
- proposer aux partenaires sociaux les priorités et orientations en matière de formation professionnelle au regard de l'ensemble des exigences légales et réglementaires et des dispositions de la présente convention qui les complètent ;
- s'assurer de la mise en œuvre effective de ces priorités et orientations et prendre les dispositions en conséquence. Ces dispositions préciseront des objectifs quantitatifs et qualitatifs (flux, filière, diplômes, localisations, répartition régionale) et des objectifs de moyens (financement, mesures d'accompagnement, aides publiques et autres) ;
- suivre l'application des accords conclus à l'issue de la négociation triennale de branche sur les objectifs, les priorités et les moyens de la formation professionnelle.

La CPNEFP examine chaque année le rapport réalisé par l'OPCA, destiné à faire le bilan des actions de formation engagées par la branche au cours de l'année écoulée. Ce rapport propose des objectifs pour l'année à venir.

La CPNEFP examine également l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des qualifications dans la branche sur la base d'un rapport réalisé par l'OPCA. Les résultats de cet examen, les conclusions et recommandations qu'en tire la CPNEFP en matière de formation professionnelle sont mis à disposition des dirigeants de structure, des instances représentatives du personnel et des organismes compétents dans le secteur.

#### Article 15.3

##### *Fonctionnement*

La commission élit un président et un vice-président n'appartenant pas au même collège. La présidence et la vice-présidence changent de collège tous les deux ans. Le secrétariat est assuré par un représentant de l'OPCA.

La CPNEFP se réunit autant de fois que les parties l'estiment nécessaire et au minimum deux fois par an.

À l'occasion de l'une de ces réunions, la CPNEFP prend connaissance du rapport de l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications sur la situation économique de l'emploi et sur les évolutions sociologiques et démographiques ainsi que sur les conséquences qui doivent en être tirées en matière de qualification.

Elle élabore des orientations en matière de formation en tenant compte des conclusions de ce rapport.

La CPNEFP établit son règlement de fonctionnement et en assure son évolution.

#### Article 15.4

##### *Relations avec l'OPCA*

La CPNEFP transmet chaque année à l'OPCA de la branche les priorités en matière de publics et de formations qu'elle a précisées dans le cadre des priorités triennales définies par les partenaires sociaux.

La CPNEFP est informée de la politique mise en œuvre par l'OPCA.

#### Article 16

##### *Commission paritaire régionale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPREFP)*

#### Article 16.1

##### *Définition*

Dans chaque région il est créé une commission paritaire régionale pour l'emploi qui est la représentante régionale de la CPNEFP. À ce titre, elle met en œuvre au plan régional les priorités annuelles établies par la CPNEFP.

#### Article 16.2

##### *Composition*

La CPREFP est composée paritairement en nombre égal de deux représentants titulaires ou de deux représentants suppléants désignés par chaque organisation syndicale représentative au niveau national dans la branche et d'un nombre équivalent de représentants de fédération ou union d'employeurs représentatives dans la branche.

#### Article 16.3

##### *Missions*

La CPREFP assure les missions suivantes :

- défendre, auprès des collectivités territoriales et des services administratifs, les intérêts de la branche en matière d'emploi et de formation professionnelle ;
- participer à l'étude des moyens de formation, de perfectionnement et de réadaptation professionnels et rechercher avec les pouvoirs publics des moyens propres à assurer leur pleine utilisation, leur adaptation et leur développement ;
- assurer la concertation et la coordination avec l'échelon régional de l'OPCA pour tout ce qui a trait à la mise en œuvre des dispositions arrêtées par la CPNEFP ;
- informer la CPNEFP des évolutions des activités des structures, de l'emploi et de la formation dans sa région et rédiger un rapport annuel pour la CPNEFP ;
- rendre compte régulièrement à la CPNEFP des rencontres politiques et des engagements envisagés ;
- assurer des délégations spécifiques décidées par la CPNEFP ;
- se réunir une fois par an sous la forme d'observatoire régional paritaire des métiers, afin d'assurer une veille prospective au niveau régional de l'évolution des métiers du secteur.

La CPREFP examine chaque année le rapport réalisé par l'échelon régional de l'OPCA, destiné à faire le bilan des actions de formation engagées au cours de l'année écoulée, et proposant éventuellement des objectifs pour l'année à venir.

La CPREFP examine également l'évolution quantitative et qualitative des emplois et des qualifications sur la base d'un rapport réalisé par l'échelon régional de l'OPCA. Les résultats de cet examen, les conclusions et recommandations qu'en tire la CPREFP en matière de formation professionnelle sont transmis à la CPNEFP.

#### Article 16.4

##### *Fonctionnement*

La commission élit un président et un vice-président n'appartenant pas au même collège. La présidence et la vice-présidence changent de collège tous les deux ans. Le secrétariat est assuré par un représentant de l'OPCA.

La CPREFP se réunit au minimum deux fois par an et au maximum quatre fois par an.

La CPREFP applique le règlement intérieur établi par la CPNEFP.

Article 16.5

*Relations avec l'OPCA*

La CPREFP assure la concertation et la coordination avec l'échelon régional de l'OPCA pour tout ce qui a trait à la mise en œuvre des dispositions arrêtées par la CPNEFP.

Article 17

*Participation aux frais*

Pour les commissions paritaires autres que les commissions paritaires nationales de négociation et commissions paritaires nationales mixtes de négociation, les frais sont pris en charge par le fonds de gestion d'aide au paritarisme dans les conditions définies aux articles suivants.

Article 17.1

*Personnes prises en charge*

Les remboursements sont limités à deux représentants salariés d'entreprise désignés par organisation syndicale représentative au niveau de la branche.

Article 17.2

*Rémunérations*

*a) CPNEFP*

Un temps de préparation équivalent au temps de réunion passé en CPNEFP (1/2 journée ou une journée) est accordé au salarié qui participe à ces réunions.

Les heures de participation et de préparation aux réunions sont considérées comme temps de travail et rémunérées comme tel.

Le temps de transport excédant la durée normale de trajet domicile-siège social de la structure fait l'objet d'une contrepartie. Cette contrepartie est la suivante:

De 50 à 1 200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion, attribution d'une demi-journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

Pour un trajet au-delà de 1200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion: attribution d'une journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

La distance sera déterminée avec un outil de calcul d'itinéraire (exemple: Mappy, ViaMichelin...).

*b) CPREFP*

Un temps de préparation équivalent au temps de réunion passé en CPREFP (1/2 journée) est accordé au salarié qui participe à ces réunions

Le temps de transport excédant la durée normale de trajet domicile-siège social de la structure fait l'objet d'une contrepartie. Cette contrepartie est la suivante:

De 50 à 1 200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion, attribution d'une demi-journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

Pour un trajet au-delà de 1200 km aller-retour entre le siège et le lieu de la réunion: attribution d'une journée de repos assimilée à du temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

La distance sera déterminée avec un outil de calcul d'itinéraire (exemple: Mappy, ViaMichelin...).

Article 17.3

*Frais de transport et d'hébergement*

*a) CPNEFP*

Le remboursement de frais de transport se fait sur la base du billet SNCF 2<sup>e</sup> classe, sur justificatif. Lorsque l'ensemble des frais inhérents au déplacement par chemin de fer est supérieur à ceux d'un voyage par avion, il est possible d'utiliser ce dernier moyen de transport.

Le remboursement des frais de repas est plafonné à 5 fois le minimum garanti, sur justificatif.

Le remboursement des frais d'hébergement est plafonné à 20 fois le minimum garanti, sur justificatif. Ce remboursement est porté à 25 fois le minimum garanti, sur justificatif, pour les hébergements sur Paris.

b) CPREFF

Le règlement des frais de transport et d'hébergement se fait conformément aux dispositions du règlement intérieur.

D. – L'EXERCICE DU DROIT À LA NÉGOCIATION COLLECTIVE DES PARTENAIRES SOCIAUX

Article 18

*Modalités d'exercice de ce droit*

L'enveloppe de 0,020 % dédiée à l'exercice du droit à la négociation collective des partenaires sociaux doit permettre d'assurer un dialogue social et des négociations de branche de qualité :

50 % de cette enveloppe est réparti selon les modalités suivantes : 75 % réparti à part égale entre les organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche et 25 % proportionnellement à leur représentativité dans la branche ;

50 % de cette enveloppe est versé aux organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives dans la branche.

CHAPITRE 3

RELATIONS COLLECTIVES AU NIVEAU DE L'ENTREPRISE

Article 19

*Droit d'expression*

Dans toutes les entreprises, les salariés bénéficient d'un droit à l'expression directe et collective.

Ce droit a pour objet de définir les actions à mettre en œuvre pour améliorer leurs conditions de travail, l'organisation de l'activité et la qualité du service auquel ils appartiennent et dans la structure.

Ce droit s'exerce dans les conditions suivantes :

Un crédit de 6 heures, par an et par salarié, est mis à la disposition des salariés pour permettre l'exercice de ce droit. Ces heures sont considérées comme temps de travail effectif et sont rémunérées comme tel.

Les modalités d'exercice du droit d'expression sont définies :

- en présence d'au moins un délégué syndical dans la structure, dans le cadre de la négociation portant sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail ;
- en l'absence de délégué syndical dans la structure ou à défaut d'accord, par l'employeur après consultation du comité social et économique.

Le personnel d'encadrement bénéficie du droit d'expression dans les mêmes conditions que les autres salariés.

Les autres modalités sont définies conformément aux dispositions légales et réglementaires.

L'accès de chacun au droit d'expression collectif peut être assuré par le recours aux outils numériques sans que l'exercice de ce droit ne puisse méconnaître les droits et obligations des salariés dans la structure.

Article 20

*Droit syndical*

Article 20.1

*Exercice du droit syndical*

Article 20.1.1. Liberté syndicale

L'exercice du droit syndical est reconnu et garanti dans toutes les entreprises et s'effectue conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Les employeurs reconnaissent la liberté d'opinion ainsi que celle pour les salariés d'adhérer ou non à un syndicat professionnel de leur choix et la liberté d'exercer leur action conformément à la Loi.



Ils s'engagent à la plus grande neutralité à l'égard des organisations syndicales et de leurs représentants, et respectent cet engagement pour arrêter leurs décisions en matière notamment de recrutement, de conduite et de répartition du travail, de formation professionnelle, d'avancement et de rémunération et d'octroi d'avantages sociaux, de mesures de discipline et de rupture du contrat de travail.

L'employeur ou ses représentants s'interdisent également d'employer un moyen quelconque de pression en faveur ou à l'encontre d'une ou plusieurs organisations syndicales.

Chaque année, l'employeur informe les salariés par tout moyen de la disponibilité des adresses des organisations syndicales de salariés représentatives dans la branche.

Ces adresses sont notamment consultables sur le site Internet de la Branche: [www.aideadomicile-labranche.fr](http://www.aideadomicile-labranche.fr).

#### Article 20.1.2. Protection et valorisation du parcours du titulaire d'un mandat syndical

Les délégués syndicaux, les représentants syndicaux au comité social et économique, les représentants de la section syndicale, les salariés mandatés pour négocier un accord collectif dans les entreprises dépourvues de délégué syndical et les salariés mandatés pour siéger dans les commissions paritaires nationales et régionales de la branche bénéficient des mesures de protection fixées par la loi et relatives à l'exercice du droit syndical.

Le titulaire d'un mandat syndical bénéficie d'un entretien en début et en fin de mandat dans les conditions légales et réglementaires en vigueur.

#### Article 20.1.3. Affichage et diffusion des communications syndicales – Collecte des cotisations syndicales

L'affichage des communications syndicales s'effectue librement, sous la responsabilité de l'organisation syndicale intéressée, sur des panneaux réservés à cet usage et distincts de ceux qui sont affectés aux communications du comité social et économique.

Un exemplaire de ces communications syndicales est transmis à l'employeur simultanément à l'affichage. Les panneaux sont mis à la disposition de chaque section syndicale suivant des modalités fixées en accord avec l'employeur.

Les publications et tracts de nature syndicale peuvent être librement diffusés aux salariés de la structure dans l'enceinte de celle-ci aux heures d'entrée et de sortie du travail. Le contenu des affiches, publications et tracts est librement déterminé par l'organisation syndicale, sous réserve de l'application des dispositions relatives à la presse.

#### Article 20.1.4. Local syndical

L'employeur met à disposition des sections syndicales un local convenant à l'exercice de la mission de leurs délégués dans les conditions légales et réglementaires en vigueur.

Les modalités d'aménagement et d'utilisation par les sections syndicales des locaux mis à leur disposition sont fixées par accord avec l'employeur.

#### Article 20.1.5. Réunions syndicales

Les adhérents de chaque section syndicale peuvent se réunir une fois par mois dans l'enceinte de l'entreprise en dehors des locaux de travail suivant des modalités fixées par accord avec l'employeur.

Les réunions syndicales ont lieu en dehors du temps de travail des participants sauf dispositions plus favorable d'un accord d'entreprise et à l'exception des représentants du personnel qui peuvent se réunir sur leur temps de délégation.

#### Article 20.1.6. Congé de formation économique, sociale et syndicale

Tout salarié qui souhaite participer à des stages ou sessions de formation économique et sociale ou de formation syndicale organisés par des centres rattachés aux organisations syndicales, soit par des instituts spécialisés, a droit, sur sa demande, à un ou plusieurs congés.

Ce congé est attribué conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables en la matière.



## Article 21

### *Section syndicale*

La section syndicale a pour rôle de représenter les intérêts matériels et moraux de ses membres, conformément à l'objet des syndicats, tel qu'il est défini par les dispositions légales et réglementaires.

Sous réserve d'avoir plusieurs adhérents dans l'entreprise ou l'établissement, un syndicat peut y constituer une section syndicale dès lors :

- qu'il y est représentatif;

ou

- qu'il est affilié à une organisation syndicale représentative au plan national et interprofessionnel;

ou

- qu'il satisfait aux critères de respect des valeurs républicaines et d'indépendance, est légalement constitué depuis au moins deux ans et a un champ géographique et professionnel couvrant l'entreprise concernée.

## Article 22

### *Représentant de la section syndicale (RSS)*

#### Article 22.1

##### *Dans les entreprises ou établissements de 50 salariés ETP et plus*

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Chaque syndicat qui constitue une section syndicale peut désigner, si le syndicat n'est pas représentatif dans l'entreprise ou l'établissement, un représentant de la section pour le représenter au sein de l'entreprise ou de l'établissement. Il est désigné dans l'attente des prochaines élections professionnelles.

Le mandat de ce représentant prend fin à l'issue des premières élections professionnelles suivant sa désignation, dès lors que le syndicat qui l'a désigné n'est pas reconnu représentatif dans l'entreprise. Le salarié qui perd son mandat de représentant syndical ne peut être désigné à nouveau comme représentant syndical au titre d'une section jusqu'aux 6 mois précédant la date des élections professionnelles suivantes dans l'entreprise.

Le représentant de la section syndicale dispose de quatre heures de délégation par mois conformément aux dispositions légales. Les heures de délégation sont de plein droit considérées comme du temps de travail et payées à l'échéance normale.

Le représentant de la section syndicale bénéficie des mêmes prérogatives que le délégué syndical à l'exception du pouvoir de négocier des accords collectifs.

#### Article 22.2

##### *Dans les entreprises ou établissements de moins de 50 salariés ETP*

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Dans les entreprises qui emploient moins de 50 salariés ETP, les syndicats non représentatifs qui constituent une section syndicale peuvent désigner, pour la durée de son mandat, un membre de la délégation du personnel au comité social et économique comme représentant de la section syndicale.

Celui-ci ne dispose d'aucun crédit d'heures supplémentaire à celui accordé à son mandat de représentant du personnel pour l'exercice de ses fonctions de représentant de la section syndicale.

## Article 23

### *Les délégués syndicaux*

#### Article 23.1

##### *Dans les entreprises ou établissements d'au moins 50 salariés ETP et plus*

###### **a) Désignation et nombre de délégués syndicaux**

Chaque organisation syndicale représentative dans l'entreprise ou l'établissement qui constitue une section syndicale désigne parmi les candidats aux élections professionnelles qui ont recueilli à titre personnel et dans leur collège, au moins 10 % des suffrages exprimés au 1<sup>er</sup> tour des dernières élections au comité social et économique, quel que soit le nombre de votants, un ou plusieurs délégués syndicaux pour la représenter auprès de l'employeur.

Une organisation syndicale représentative peut désigner un délégué syndical parmi les autres candidats ou, à défaut, parmi ses adhérents au sein de l'entreprise ou de l'établissement, ou parmi des anciens élus ayant atteint la limite de durée d'exercice du mandat au comité social et économique lorsque :

- aucun des candidats présentés par l'organisation syndicale aux élections professionnelles ne remplit les conditions précisées au premier alinéa ;
- ou s'il ne reste, dans l'entreprise ou l'établissement, plus aucun candidat aux élections professionnelles qui remplit ces conditions ;
- ou si l'ensemble des élus qui les remplissent renoncent par écrit à leur droit d'être désigné délégué syndical.

La désignation d'un délégué syndical peut intervenir lorsque l'effectif d'au moins 50 salariés a été atteint pendant douze mois consécutifs.

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Le nombre de délégués syndicaux est fixé comme suit :

- de 50 à 999 salariés ETP : 1 délégué ;
- de 1000 à 1999 salariés ETP : 2 délégués ;
- de 2000 à 3999 salariés ETP : 3 délégués ;
- de 4000 à 9999 salariés ETP : 4 délégués ;
- au-delà de 9999 salariés ETP : 5 délégués.

###### **b) Moyens d'actions**

###### **1. Crédit d'heures**

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Chaque délégué syndical dispose pour l'exercice de ses fonctions, d'un crédit d'heures mensuel rémunéré comme du temps de travail au moins égal à :

- 12 heures pour les entreprises ou établissements de 50 à 150 salariés ETP ;
- 18 heures pour les entreprises ou établissements de 151 à 499 salariés ETP ;
- 24 heures pour les entreprises ou établissements de 500 salariés ETP et plus.

Ne sont pas imputables à ce crédit le temps passé aux réunions organisées à l'initiative de la direction et les autorisations d'absences pour préparation et/ou participation aux travaux des commissions paritaires nationales ou régionales.

###### **2. Absences pour raisons syndicales**

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Des autorisations d'absences sont accordées aux salariés dûment mandatés, dans les conditions ci-dessous :

*Représentation dans les commissions mixtes ou paritaires nationales et pour les commissions paritaires régionales pour l'emploi et la formation professionnelle (CPREFP)*

Ces autorisations d'absences sont accordées sur présentation, au moins une semaine à l'avance, d'une convocation officielle précisant le lieu et la date de la réunion, et sont rémunérées.

Les temps de préparation et les frais de déplacement sont accordés conformément aux dispositions du titre II de la présente convention.

*Participation aux congrès et aux assemblées statutaires nationales*

Ces autorisations d'absences sont accordées à concurrence de 12 jours par an, sur demande écrite nominative présentée au moins deux semaines à l'avance par l'organisation syndicale, et ne sont pas rémunérées.

*Exercice d'un mandat syndical électif*

Sauf dispositions légales ou réglementaires spécifiques, ces autorisations d'absences sont accordées, sur demande écrite présentée au moins deux semaines à l'avance par l'organisation syndicale, et ne sont pas rémunérées.

Elles concernent uniquement les personnels membres des syndicats, aux niveaux national, régional ou départemental, désignés conformément aux dispositions des statuts de leurs organisations et pouvant justifier d'un mandat dont ils sont investis et pour l'exercice duquel ils sont régulièrement convoqués.

*Exercice d'un mandat syndical extérieur*

Lorsqu'un membre du personnel ayant plus d'un an de présence exerce un mandat ou une fonction syndicale, il bénéficie :

- à l'issue de l'exercice de son mandat, le salarié retrouve son précédent emploi assorti d'une rémunération équivalente. Si celui-ci n'existe plus ou n'est plus vacant, il doit être réintégré dans un emploi similaire, c'est-à-dire un emploi n'entraînant pas de modification de son contrat de travail et correspondant à sa classification ;
- de l'ancienneté acquise à la date de son départ et le temps passé à l'exercice de sa fonction est pris en compte pour le calcul de son ancienneté, en totalité.

La demande de réemploi doit être présentée au plus tard dans le mois précédant l'expiration du mandat.

Article 23.2

*Dans les entreprises ou établissements de moins de 50 salariés ETP*

Les dispositions ci-dessous ne font pas obstacle à des mesures plus favorables issues d'un accord d'entreprise.

Dans les entreprises ou établissements qui emploient moins de 50 salariés ETP, les syndicats représentatifs dans l'entreprise ou l'établissement peuvent désigner, pour la durée de son mandat, un membre de la délégation du personnel au comité social et économique comme délégué syndical.

Ce mandat n'ouvre droit à aucun crédit d'heures.

Le temps dont dispose le membre de la délégation du personnel au comité social et économique pour l'exercice de son mandat peut être utilisé dans les mêmes conditions pour l'exercice de ses fonctions de délégué syndical.

Article 24

*La reconnaissance d'un dialogue social local*

Article 24.1

*L'exercice du dialogue social local*

Les partenaires sociaux reconnaissent l'existence du droit syndical local. Les dispositions suivantes ont pour objet d'organiser son exercice au sein de la branche ainsi que de participer à son financement.

## Article 24.2

### *Le crédit temps*

Afin de favoriser l'exercice du dialogue social local, l'enveloppe de 0,010% prévue à cet effet dans l'article II.6. du présent texte, finance des crédits temps accordés aux fédérations nationales d'organisation syndicale de salariés représentative dans la branche.

Ces 0,010% sont répartis de la manière suivante :

- chaque fédération nationale d'organisation syndicale de salarié représentative dans la branche, au sens de l'article II.8. du présent texte, bénéficie d'un crédit temps annuel 200 jours sur la base du taux horaire du salarié bénéficiaire et selon des modalités d'attribution définies par le conseil d'administration de l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme. Ces crédits temps sont accordés dans la limite de l'enveloppe de 0,010% prévue à cet effet dans l'article II.6. du présent texte ;
- le solde de cette enveloppe est attribué sous forme de crédit temps annuel en jours aux fédérations nationales d'organisations syndicales de salarié représentatives dans la branche, proportionnellement à leur représentativité dans la branche. Les modalités d'affectation de ce solde résiduel seront établies par le conseil d'administration de l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme.

Les fédérations nationales d'organisation syndicales sont libres d'utiliser et de répartir ce crédit temps entre leurs représentants.

Le salarié devra préalablement informer son employeur de son absence dans un délai d'au moins quinze jours et remettre à son employeur dans le même délai un justificatif écrit (convocation, mail...) sans précision de motif, mais avec l'en tête du syndicat et indiquant la demi-journée d'absence.

Le salarié s'engage à remettre le chèque après la réunion au plus tard le mois suivant.

L'utilisation des chèques de crédit temps ne doit pas avoir pour conséquence de porter la durée de travail du salarié au-delà des durées maximales de travail conformément aux dispositions légales.

L'utilisation des chèques de crédit temps ne doit pas avoir pour conséquence de porter la durée de travail du salarié à temps partiel au-delà du tiers de sa durée de travail contractuel, et en tout état de cause pas à la hauteur de la durée légale de travail.

Cette absence est considérée comme temps de travail effectif et rémunérée comme tel.

Le salarié bénéficiaire de ces crédits temps peut ainsi s'absenter de la structure afin de prendre part à l'activité de son syndicat.

L'employeur se fait rembourser par l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme, émettrice des crédits temps.

Ces crédits temps doivent être utilisés au cours de l'année civile de référence et ne sont pas reportables d'une année sur l'autre.

Le décompte des jours non consommés doit faire l'objet d'une information au conseil d'administration de l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme avant la fin du premier trimestre de l'année qui suit l'année de référence.

Les modalités d'affectation des crédits non consommés des fonds sont négociées chaque année par le conseil d'administration de l'association de gestion du fonds d'aide au paritarisme.

## Article 24.3

### *Autre forme d'utilisation des crédits temps: commission de concertation départementale*

#### *a) Création*

Dans chaque département, peut être créée une commission de concertation regroupant :

- des employeurs représentant des structures remplissant les conditions suivantes :
  - être dans un même département ;
  - être adhérentes d'une même fédération ou union d'employeurs signataire ;
  - avoir moins de 50 salariés ETP ;
  - être dépourvues de délégués syndicaux ;
- des représentants conventionnels syndicaux désignés selon le cas :
  - soit par les fédérations nationales d'organisations syndicales de salariés représentatives de la branche ;

- soit par les organisations syndicales du territoire du salarié issues de fédérations nationales représentatives au niveau de la branche.

Le salarié désigné doit être employé par une des structures représentées dans la commission de concertation départementale.

Cette désignation est distincte de celle du délégué syndical telle que prévue par le code du travail. Ces représentants conventionnels syndicaux utilisent les crédits temps définis à l'article II.25.2 pour exercer leur mandat notamment les temps de réunion de la commission de concertation départementale.

La création de cette commission départementale est facultative et est subordonnée à la conclusion d'un accord entre toutes les structures et les représentants conventionnels syndicaux visés dans le premier alinéa du présent article.

#### *b) Composition*

Cette commission de concertation départementale est composée de chaque représentant conventionnel syndical désigné et à parité du même nombre d'employeurs représentant les structures visées au *a* du présent article.

#### *c) Organisation des réunions*

La commission se réunit au maximum une fois par trimestre.

L'ordre du jour est fixé paritairement et arrêté au plus tard un mois avant la date de la réunion.

L'envoi de la convocation est à la charge du collège employeur; elle doit être adressée aux participants au plus tard un mois avant la commission.

Le représentant conventionnel syndical doit préalablement informer son employeur de son absence dans un délai d'au moins quinze jours et lui remettre un justificatif. Cette absence rémunérée de plein droit est payée au salarié à l'échéance normale.

Le remboursement des frais de déplacement se fait dans les conditions de l'article V.14.3. de la présente convention collective.

#### *d) Attributions*

La commission de concertation départementale:

- constitue un lieu d'échange d'expériences;
- facilite l'application et le suivi de la présente convention collective;
- met en œuvre des actions d'information et de conseil sur les conditions d'application des dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles auprès des employeurs et des salariés;
- contribue à la diffusion d'informations pour lutter contre le travail illégal.

En lien avec la politique de la branche et des outils de la CPNEFP et de la CPREFP:

- développe des initiatives et participe aux actions permettant la promotion des métiers et la qualification des emplois;
- examine les conditions destinées à favoriser la formation professionnelle des salariés;
- étudie des outils pour anticiper la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences de façon à favoriser des emplois pérennes et contribuer à lutter contre la précarité;
- examine et propose des actions en lien avec les conditions de travail afin de favoriser la prévention des risques professionnels.

### Article 25

#### *Instances représentatives du personnel*

#### Article 25.1

##### *Comité social et économique*

##### Article 25.1.1. Mise en place

Le comité social et économique est obligatoirement mis en place dans les entreprises d'au moins 11 salariés ETP lorsque cet effectif est atteint pendant 12 mois consécutifs.

En outre, dans les structures occupant entre 7 salariés équivalent temps plein et le seuil légal, après demande écrite d'au moins 2 salariés personnes physiques, la mise en place du CSE est organisée par l'employeur dans le mois qui suit cette demande.

#### Article 25.1.2. Composition, durée des mandats et fonctionnement

Le CSE est présidé par l'employeur ou son représentant, qui peuvent se faire assister par un ou plusieurs collaborateurs dans les limites fixées par la loi.

La délégation du personnel comporte un nombre égal de titulaires et de suppléants élus, déterminé par les dispositions légales et réglementaires applicables.

Ces membres sont élus pour une durée de 4 ans et peuvent bénéficier d'un congé de formation d'une durée maximale de 5 jours conformément aux dispositions légales et réglementaires.

Les membres titulaires peuvent se répartir entre eux et avec les membres suppléants, le crédit d'heures de délégation dont ils disposent.

La répartition des heures entre les membres de la délégation du personnel du comité social et économique ne peut conduire l'un d'eux à disposer, dans le mois, de plus d'une fois et demie le crédit d'heures de délégation dont bénéficie un membre titulaire.

Les membres titulaires de la délégation du personnel du comité social et économique concernés informent l'employeur du nombre d'heures réparties au titre de chaque mois au plus tard huit jours avant la date prévue pour leur utilisation. L'information de l'employeur se fait par un document écrit précisant leur identité ainsi que le nombre d'heures mutualisées pour chacun d'eux.

Selon l'effectif de l'entreprise, le délégué syndical est de droit ou peut être désigné par chaque syndicat représentatif, représentant syndical au comité social et économique.

Le comité est réuni conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

À la demande de la majorité des membres du CSE se met en place au moins une réunion extraordinaire du CSE par an.

Les membres suppléants n'assistent aux réunions qu'en l'absence du titulaire.

Toutefois les suppléants sont destinataires de l'ordre du jour et des documents afférents à chaque réunion.

#### Article 25.1.3. Attributions

a) Dans les entreprises de moins de 50 salariés ETP, la délégation du personnel au comité social et économique a notamment pour mission de :

- présenter à l'employeur les réclamations individuelles ou collectives des salariés ;
- contribuer à promouvoir la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise et réaliser des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel ;
- exercer les droit d'alerte en matière d'atteinte aux droits des personnes et en matière d'hygiène et de sécurité ;
- saisir l'inspection du travail de toutes plainte et observation relative à l'application des dispositions légales dont elle est chargée d'assurer le contrôle.

Il est consulté par l'employeur préalablement à la mise en œuvre de certaines décisions conformément aux dispositions légales et réglementaires.

b) Dans les entreprises d'au moins 50 salariés ETP, le comité social et économique exerce en plus des attributions précitées, à la fois des attributions économiques et des attributions en matière sociale et culturelle.

Au titre de ses attributions économiques, le comité social et économique doit notamment être consulté de manière récurrente et ponctuelle sur un certain nombre de thèmes conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

Il est consulté par l'employeur préalablement à la mise en œuvre de certaines décisions conformément aux dispositions légales et réglementaires :

- les mesures de nature à affecter le volume ou la structure des effectifs ;
- la modification de son organisation économique ou juridique ;
- les conditions d'emploi, de travail, notamment la durée du travail, et la formation professionnelle ;
- l'introduction de nouvelles technologies, tout aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail ;



- les mesures prises en vue de faciliter la mise, la remise ou le maintien au travail des accidentés du travail, des invalides de guerre, des invalides civils, des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives et des travailleurs handicapés, notamment sur l'aménagement des postes de travail.

Dans les entreprises d'au moins 300 salariés ETP, le CSE est composé :

- d'une commission santé, sécurité et conditions de travail chargée de veiller au bien-être du salarié au sein de l'entreprise qui fait l'objet de l'article 25.1.4. ;
- d'une commission de la formation chargée d'étudier les dispositifs de formation professionnelle continue ;
- d'une commission d'information et d'aide au logement chargée de faciliter l'accès du salarié à la propriété et à la location d'un logement ;
- d'une commission de l'égalité professionnelle chargée d'étudier la politique sociale de l'entreprise.

#### Article 25.1.4. Commission santé, sécurité et conditions de travail

Une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) est créée au sein du comité social et économique, en particulier :

- dans les entreprises et établissements distincts d'au moins 300 salariés ETP conformément aux dispositions légales et réglementaires ;
- dans les entreprises dont l'effectif est compris entre 50 et 300 salariés ETP. Dans ce cas cette commission devra se réunir au moins une fois par an ;
- dans les entreprises et établissements distincts de moins de 300 salariés ETP, si l'inspecteur du travail estime cette mesure nécessaire, notamment en raison de la nature des activités, de l'agencement ou de l'équipement des locaux.

Enfin, les partenaires sociaux incitent les entreprises à mettre en place cette commission quel que soit leur effectif pour la prévention des risques professionnels.

Les entreprises de moins de 50 salariés ETP n'ayant pas mis en place cette commission, devront inscrire à l'ordre du jour du CSE, au moins une fois par an, le sujet relatif à la santé, la sécurité et les conditions de travail.

Lorsque cette commission est mise en place, et afin de permettre les échanges sur ce sujet, les partenaires sociaux préconisent l'octroi d'un crédit d'heures dédié ainsi qu'un minimum de 3 réunions par an.

Cette commission est présidée par l'employeur ou son représentant et comprend au minimum 3 membres représentants du personnel, dont au moins un cadre.

Elle exerce, par délégation du comité social et économique, tout ou partie des attributions du comité relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail, à l'exception du recours à un expert et des attributions consultatives du comité.

Les partenaires sociaux rappellent les conditions particulières d'exercice du mandat des représentants du personnel au sein de cette commission.

En effet, le lieu de travail habituel de la grande majorité des salariés du secteur est le domicile privé des bénéficiaires de l'établissement ou du service dans lequel les membres de la commission santé, sécurité et conditions de travail n'ont pas de droit d'entrée.

Le fait que les lieux de travail habituels de la majorité des salariés soient des domiciles privés est de nature à rendre impossible l'exercice d'une partie des missions de ce comité, qu'il s'agisse des inspections régulières, de la visite des lieux de travail, ou de l'intervention de l'expert.

L'employeur n'a pas le pouvoir de prendre des mesures de prévention dans ces domiciles, ces mesures ne pouvant être prises que par le propriétaire du domicile ou par son occupant de sa propre initiative. Ce fait constitue donc un obstacle juridique et pratique qui conduit à appliquer les dispositions légales et réglementaires de façon restrictive. Pour autant les partenaires sociaux entendent garantir aux salariés le bénéfice de dispositions en matière de prévention et d'amélioration des conditions de travail.

L'exercice des missions de la commission santé, sécurité et conditions de travail ne peut faire obstacle aux droits et libertés individuels des personnes bénéficiaires des services d'aide et de soin à domicile.

En aucun cas l'utilisateur ne peut être sollicité directement et indirectement par les membres de la commission santé, sécurité et conditions de travail dans le cadre de ses missions.

#### Article 25.1.5. Commission de l'égalité professionnelle

La commission de l'égalité professionnelle est créée dans les entreprises d'au moins 300 salariés ETP. Elle se charge de préparer les délibérations du CSE prévues dans le cadre de la consultation sur la politique sociale de l'entreprise, les conditions de travail et l'emploi.

Les partenaires sociaux incitent les entreprises à mettre en place cette commission quel que soit leur effectif.

Les entreprises de 50 salariés à 300 salariés ETP n'ayant pas mis en place cette commission, devront inscrire à l'ordre du jour du CSE, au moins une fois par an, le sujet relatif à l'égalité professionnelle.

#### Article 25.2

##### *Comité social et économique central*

Dans les entreprises d'au moins 50 salariés comportant au moins deux établissements distincts, il y a lieu de constituer des comités sociaux et économiques d'établissement et un comité social et économique central d'entreprise.

#### Article 26

##### *Négociation collective au niveau de l'entreprise*

###### Préambule: Sécurisation juridique

Sauf dispositions légales ou réglementaires le permettant, les accords d'entreprises ne peuvent déroger, dans un sens moins favorable, aux dispositions contenues dans la présente convention et ses avenants.

Dans les matières suivantes, les accords d'entreprises conclus postérieurement à la présente convention collective ne peuvent comporter des stipulations différentes de celles qui lui sont applicables en vertu de cette convention collective sauf lorsque les accords d'entreprises assurent des garanties au moins équivalentes:

- la prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels énumérés à l'article L.4161-1;
- l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés;
- l'effectif à partir duquel les délégués syndicaux peuvent être désignés, leur nombre et la valorisation de leurs parcours syndical;
- les primes pour travaux dangereux ou insalubres.

Conformément à l'article L. 2253-1, la branche définit les conditions d'emploi et de travail des salariés. Elle peut en particulier définir les garanties qui leur sont applicables dans les matières suivantes:

- « 1° Les salaires minima hiérarchiques;
- 2° Les classifications;
- 3° La mutualisation des fonds de financement du paritarisme;
- 4° La mutualisation des fonds de la formation professionnelle;
- 5° Les garanties collectives complémentaires mentionnées à l'article L.912-1 du code de la sécurité sociale;
- 6° Les mesures énoncées à l'article L. 3121-14, au 1° de l'article L. 3121-44, à l'article L. 3122-16, au premier alinéa de l'article L. 3123-19 et aux articles L. 3123-21 et L. 3123-22 du présent code et relatives à la durée du travail, à la répartition et à l'aménagement des horaires;
- 7° Les mesures relatives aux contrats de travail à durée déterminée et aux contrats de travail temporaire énoncées aux articles L. 1242-8, L. 1242-13, L. 1244-3, L. 1251-12, L. 1251-35 et L. 1251-36 du présent code;
- 8° Les mesures relatives au contrat à durée indéterminée de chantier énoncées aux articles L. 1223-8 du présent code;
- 9° L'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes;
- 10° Les conditions et les durées de renouvellement de la période d'essai mentionnées à l'article L. 1221-21 du code du travail;
- 11° Les modalités selon lesquelles la poursuite des contrats de travail est organisée entre deux entreprises lorsque les conditions d'application de l'article L. 1224-1 ne sont pas réunies;



12° Les cas de mise à disposition d'un salarié temporaire auprès d'une entreprise utilisatrice mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 1251-7 du présent code ;

13° La rémunération minimale du salarié porté, ainsi que le montant de l'indemnité d'apport d'affaire, mentionnée aux articles L. 1254-2 et L. 1254-9 du présent code.

Dans les matières énumérées aux 1° à 13°, les stipulations de la convention de branche prévalent sur la convention d'entreprise conclue antérieurement ou postérieurement à la date d'entrée en vigueur de la convention de branche, sauf lorsque la convention d'entreprise assure des garanties au moins équivalentes. »

## Article 26.1

### *Négociation en présence de délégués syndicaux dans l'entreprise*

#### Article 26.1.1. Modalités de la négociation

La convention ou les accords d'entreprise sont négociés entre l'employeur et les organisations syndicales de salariés représentatives dans l'entreprise. Une convention ou des accords peuvent être conclus au niveau d'un établissement ou d'un groupe d'établissements dans les mêmes conditions.

La délégation de chacune des organisations représentatives parties à la négociation comprend le délégué syndical de l'organisation dans l'entreprise ou, en cas de pluralité de délégués, au moins deux délégués syndicaux. Chaque organisation peut compléter sa délégation par des salariés de l'entreprise dans les conditions légales en vigueur.

Le temps passé à la négociation est rémunéré comme du temps de travail à échéance normale.

Avant toute négociation, il est recommandé de conclure un accord de méthode au niveau de l'entreprise, précisant la nature des informations partagées entre négociateurs en s'appuyant sur la Base de données économiques et sociales (BDES), définissant les principales étapes du déroulement des négociations et prévoyant des moyens supplémentaires ou spécifiques pour les représentants syndicaux.

En cas de négociation d'un accord de méthode, ce dernier doit comprendre au minimum les dispositions ci-dessous :

- le calendrier de négociation prévoyant la date d'ouverture de la négociation et la date théorique de fin de la négociation ;
- les dates de réunion avec l'ordre du jour prévu pour chaque réunion de négociation ;
- un relevé de décisions est validé à la fin de chaque réunion de négociation.

#### Article 26.1.2. Conditions de validité de l'accord collectif d'entreprise

Conformément aux dispositions légales et réglementaires, la validité d'un accord d'entreprise ou d'établissement est subordonnée à sa signature par, d'une part, l'employeur ou son représentant et, d'autre part, une ou plusieurs organisations syndicales de salariés représentatives ayant recueilli plus de 50 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des dernières élections des titulaires au comité social et économique, quel que soit le nombre de votants.

Si cette condition n'est pas remplie et si l'accord a été signé à la fois par l'employeur et par des organisations syndicales représentatives ayant recueilli plus de 30 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des élections mentionnées au premier alinéa, quel que soit le nombre de votants, une ou plusieurs de ces organisations ayant recueilli plus de 30 % des suffrages disposent d'un délai d'un mois à compter de la signature de l'accord pour indiquer qu'elles souhaitent une consultation des salariés visant à valider l'accord. Au terme de ce délai, l'employeur peut demander l'organisation de cette consultation, en l'absence d'opposition de l'ensemble de ces organisations.

Si, à l'issue d'un délai de huit jours à compter de cette demande ou de l'initiative de l'employeur, les éventuelles signatures d'autres organisations syndicales représentatives n'ont pas permis d'atteindre le taux de 50 % mentionné au premier alinéa et si les conditions mentionnées au deuxième alinéa sont toujours remplies, cette consultation est organisée dans un délai de deux mois.

La consultation des salariés, qui peut être organisée par voie électronique, se déroule dans le respect des principes généraux du droit électoral et selon les modalités prévues par un protocole

spécifique conclu entre l'employeur et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives ayant recueilli plus de 30 % des suffrages exprimés en faveur d'organisations représentatives au premier tour des élections mentionnées au premier alinéa, quel que soit le nombre de votants.

Participent à la consultation les salariés des établissements couverts par l'accord et électeurs au sens des dispositions légales et réglementaires.

L'accord est valide s'il est approuvé par les salariés à la majorité des suffrages exprimés. Faute d'approbation, l'accord est réputé non écrit.

#### Article 26.2

##### *Négociation en l'absence de délégué syndical dans l'entreprise*

Dans les entreprises dépourvues de délégué syndical, il sera possible de conclure des accords collectifs d'entreprise dans les conditions prévues par les dispositions légales et réglementaires.

#### E. – LA NÉGOCIATION AVEC UN REPRÉSENTANT DE LA SECTION SYNDICALE (RSS)

#### Article 27

##### *Principe*

La négociation collective dans l'entreprise avec le représentant de la section syndicale se déroule dans les cas prévus et selon les modalités définies par les dispositions légales et réglementaires selon l'article L.2232-14: «En cas de carence au premier tour des élections professionnelles, lorsque les dispositions prévues au premier alinéa de l'article L. 2143-23 sont appliquées, la validité de l'accord d'entreprise ou d'établissement négocié et conclu avec le représentant de la section syndicale est subordonnée à son approbation par les salariés à la majorité des suffrages exprimés dans des conditions déterminées par décret et dans le respect des principes généraux du droit électoral. Faute d'approbation, l'accord est réputé non écrit.»

#### Article 28

##### *Observatoire paritaire de branche de la négociation collective*

#### Article 28.1

##### *Attribution et objet*

L'observatoire paritaire de la négociation collective est:

- destinataire des accords d'entreprise ou d'établissement conclus pour la mise en œuvre d'une disposition légale qui ne l'aurait pas été dans le cadre d'une convention ou d'un accord de branche;
- chargé du suivi des accords conclus avec les membres de la délégation au comité social et économique dans les entreprises dépourvues de délégués syndicaux.

L'observatoire se réunit au moins une fois par an.

#### Article 28.2

##### *Composition*

L'observatoire paritaire de la négociation collective est composé de 2 représentants désignés par chaque organisation syndicale représentative de la branche de l'aide à domicile et d'un nombre équivalent de représentants de fédérations ou unions d'employeurs de la branche.

#### Article 28.3

##### *Saisine*

L'observatoire paritaire de la négociation collective est saisi par une fédération ou union nationale d'employeurs ou une organisation syndicale de salariés représentative de la branche.

Article 28.4

*Avis*

Les avis de l'observatoire paritaire de la négociation collective sont pris à la majorité absolue des membres.

Un procès-verbal des avis est rédigé et approuvé au plus tard à la séance suivante.

Les avis sont adressés aux membres de l'observatoire et transmis aux parties à l'origine de la saisine.

Article 28.5

*Présidence et secrétariat*

L'observatoire paritaire de la négociation collective est présidé alternativement par un représentant des fédérations ou unions nationales d'employeurs ou par un représentant d'une organisation syndicale de salariés représentative de la branche.

Le secrétariat de l'observatoire est assuré alternativement par un représentant des fédérations ou unions nationales d'employeurs signataires du présent texte ou par un représentant d'une fédération syndicale de salariés représentative de la branche signataire du présent texte.»

Article 2

*Durée de l'avenant*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 3

*Date d'entrée en vigueur – Agrément*

L'avenant prendra effet sous réserve de son agrément, conformément aux dispositions de l'article L.314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 4

*Extension*

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Cet avenant contient des dispositions spécifiques pour les structures employant moins de 50 salariés ETP.

À défaut de précision, les dispositions s'appliquent à l'ensemble des structures de la Branche, quelle que soit leur taille, y compris celles employant moins de 50 salariés.

Fait le 3 septembre 2019.

**Organisations employeurs :**

USB-Domicile :

UNADMR

M. Michel GASTON

Union nationale des associations ADMR

184A, rue du Faubourg-Saint-Denis

75010 Paris

*Signé*

ADESSA À DOMICILE FÉDÉRATION NATIONALE

M. Hugues VIDOR

40, rue Gabriel-Crié

92240 Malakoff

*Signé*

UNA

M. Julien MAYET

Union nationale de l'aide, des soins  
et des services aux domiciles

108/110, rue Saint Maur

75011 Paris

*Signé*

FNAAFP/CSF

Mme Claire PERRAULT

Fédération nationale des associations  
de l'aide familiale populaire

Confédération syndicale des familles

53, rue Riquet

75019 Paris

*Signé*

**Organisations syndicales de salariés :**

CFDT

M. Loïc LE NOC

Fédération nationale des syndicats des services de santé  
et services sociaux

48/49, avenue Simon-Bolivar

75019 Paris

*Signé*

CGT

Mme Nathalie DELZONGLE

Fédération nationale des organismes sociaux

263, rue de Paris, Case 536

93515 Montreuil Cedex

*Non signataire*

CGT-FO

Mme Isabelle ROUDIL

Fédération nationale de l'action sociale Force Ouvrière

7, passage Tenaille

75014 Paris

*Non signataire*

## ANNEXE 2

### AVENANT N° 42/2019 À LA CONVENTION COLLECTIVE DE LA BRANCHE DE L'AIDE, DE L'ACCOMPAGNEMENT, DES SOINS ET DES SERVICES À DOMICILE (BAD)

#### PRÉAMBULE

Les partenaires sociaux signataires du présent avenant décident de consacrer l'intégralité du reliquat (0,17 %) du taux d'évolution de la masse salariale de la branche de l'année 2019 pour augmenter le montant de la part employeur sur la cotisation prévoyance.

Cette mesure a pour effet de réduire le coût de la prévoyance pour les salariés, et d'augmenter le montant de leur rémunération nette.

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

L'intitulé de l'article 11.2 du titre VII est modifié comme suit :

« Article 11.2 Cotisation et répartition des cotisations du 1<sup>er</sup> janvier 2017 au 31 décembre 2018 »

#### Article 2

Un article 11.3 est ajouté dans le titre VII de la convention collective :

« Article 11.3 Cotisation et répartition des cotisations à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019

Considérant que le risque invalidité constitue, eu égard à l'âge moyen et à l'ancienneté des salariés, un risque majeur lourd de conséquences financières, il est décidé par les partenaires sociaux, que la cotisation liée à ce risque serait majoritairement financée par l'employeur en contrepartie d'une prise en charge exclusive par le salarié de la cotisation du risque incapacité temporaire de travail.

Le taux de 4,41 % Tranche A et Tranche B, exprimé en pourcentage du salaire brut, est réparti comme suit :

GARANTIES	EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Maintien de Revenu (avec 16 % charge patronale)	1,36 %		1,36 %
Incapacité		1,02 %	1,02 %
Invalidité	1,32 %	0,32 %	1,64 %
Décès	0,26 %		0,26 %
Rente Éducation	0,08 %		0,08 %
Maintien garantie Décès	0,02 %		0,02 %
Mutualisation (Passif)	0,03 %		0,03 %
Total	3,07 %	1,34 %	4,41 %

#### *Cotisation additionnelle finançant la portabilité*

Portabilité	0,20 %	0,09 %	0,29 %
-------------	--------	--------	--------

Cette cotisation spécifique fera l'objet d'une négociation à l'issue de deux années d'application. »

#### Article 3

##### *Autres dispositions du titre VII*

Les autres dispositions non visées à l'article précédent restent inchangées.

#### Article 4

##### *Durée de l'avenant*

Le présent avenant est conclu pour une durée indéterminée.

Article 5

*Date d'entrée en vigueur. – Agrément*

L'avenant prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2019, sous réserve de son agrément, conformément aux dispositions de l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles.

Article 6

*Extension*

Les partenaires sociaux demandent également l'extension du présent avenant.

Par nature, l'avenant s'applique à l'ensemble des structures de la Branche, quelle que soit leur taille, y compris celles employant moins de 50 salariés.

Fait le 2 octobre 2019.

**Organisations employeurs :**

USB-Domicile :

UNADMR

Mme Laurence JACQUON

Union nationale des associations ADMR

184A, rue du Faubourg-Saint-Denis

75010 Paris

*Signé*

UNA

M. Julien MAYET

Union nationale de l'aide, des soins  
et des services aux domiciles

108/110, rue Saint-Maur

75011 Paris

*Signé*

ADESSA À DOMICILE FÉDÉRATION NATIONALE

M. Hugues VIDOR

40, rue Gabriel-Crié

92240 Malakoff

*Signé*

FNAAFP/CSF

Mme Claire PERRAULT

Fédération nationale des associations  
de l'aide familiale populaire

Confédération syndicale des familles

53, rue Riquet

75019 Paris

*Signé*

**Organisations syndicales de salariés :**

CFDT

M. Loïc LE NOC

Fédération nationale des syndicats des services de santé  
et services sociaux

48/49, avenue Simon-Bolivar

75019 Paris

*Signé*

CGT

Mme Nathalie DELZONGLE

Fédération nationale des organismes sociaux

263, rue de Paris, Case 536

93515 Montreuil Cedex

*Non signataire*

CGT-FO

Mme Isabelle ROUDIL

Fédération nationale de l'action sociale Force Ouvrière

7, passage Tenaille

75014 Paris

*Non signataire*

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement de la sécurité sociale

Bureau 5N

#### **Instruction n° DSS/5B/2020/11 du 15 janvier 2020 relative à l'exonération de primes exceptionnelles prévue par l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020**

NOR : SSAS2001249J

*Date d'application* : immédiate.

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

*Résumé* : la présente instruction apporte des précisions quant aux modalités d'application de l'exonération de cotisations et contributions sociales et d'impôt sur le revenu prévue à l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 pour certaines primes exceptionnelles respectant les conditions prévues par cet article.

*Mots clés* : sécurité sociale – prime exceptionnelle – cotisations et contributions sociales – exonération.

*Références* :

Articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale ;

Article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

*Annexe* :

Questions/réponses.

*La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics  
à Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ;  
Monsieur le directeur de la caisse centrale de Mutualité sociale agricole.*

L'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 prévoit une exonération de toutes cotisations et contributions sociales ainsi que d'impôt sur le revenu au titre des primes versées à compter du 28 décembre 2019 et jusqu'au 30 juin 2020 par les employeurs à leurs salariés ou leur agents publics, sous réserve qu'elles respectent les conditions prévues à cet article.

Par cette mesure, les pouvoirs publics ont souhaité favoriser le pouvoir d'achat des salariés les moins rémunérés ainsi qu'encourager le partage de la valeur au sein de l'entreprise par la conclusion d'accords d'intéressement dont la mise en œuvre a été facilitée par la loi PACTE (sécurisation des accords et obligation de négocier pour les branches professionnelles) et la LFSS pour 2019 (suppression du forfait social pour les entreprises de moins de 250 salariés).

La présente instruction apporte, sous la forme d'un questions-réponses annexé, des précisions au regard des principales interrogations formulées à ce jour sur les conditions d'attribution et de versement de la prime prévues par la loi. Le cas échéant, il est important que les questionnements qui ne trouveraient pas de réponses dans la présente instruction puissent être relayés rapidement vers mes services.



Sauf mention contraire, le terme de salarié s'entend dans la présente instruction à la fois des salariés et des agents de droit public.

*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

# ANNEXE

## QUESTIONS/RÉPONSES

1. Champ d'application – éligibilité à l'exonération au titre de la prime exceptionnelle	Rappel : bénéfice de l'exonération la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat attribuée à leurs salariés et agents publics par les employeurs mettant en œuvre un accord d'intéressement, en application du chapitre II du titre Ier du livre III de la troisième partie du code du travail, à la date de versement de cette prime.
1.1 Les employeurs éligibles ont-ils l'obligation de verser la prime prévue par la loi ?	NON. Chaque employeur peut décider d'attribuer ou ne pas attribuer une prime éligible à l'exonération. Dès lors qu'il a décidé de le faire, pour que cette prime soit éligible à l'exonération prévue par la loi, l'employeur doit respecter les conditions fixées par la loi.
1.2 Quels employeurs peuvent verser une prime éligible à l'exonération ?	Tout employeur ayant valablement conclu un accord d'intéressement dans les conditions rappelées au point 2 peut verser une prime exceptionnelle éligible à l'exonération. L'accord d'intéressement devra être déposé dans les délais impartis par le code du travail.  Sous réserve des points 2.3 et 2.4, pour bénéficier de l'exonération, l'accord d'intéressement doit produire ses effets à la date de versement de la prime.  Par ailleurs les ESAT et les associations peuvent verser la prime exceptionnelle dans les conditions rappelées en réponse à la question 2.2.
1.3 Quels salariés sont éligibles à l'exonération dans les entreprises ?	Dès lors qu'un accord d'intéressement est mis en œuvre, l'ensemble des salariés titulaires d'un contrat de travail et agents publics relevant de l'établissement public sont éligibles à l'exonération. Les fonctionnaires et salariés de droit publics employés par des employeurs de droit privé sont également éligibles à l'exonération.  Toutefois, l'exonération n'est applicable que pour les primes exceptionnelles versées à ceux ayant une rémunération brute inférieure à 3 SMIC (soit en valeur 2019 : 4 563,66/mois et en valeur 2020 : 4 618,25 €). Cette limite est ajustée à due proportion de la durée de travail dans les conditions définies au point 6.2.
1.4 Dans les établissements publics à caractère industriel et commercial et les établissements publics administratifs mettant en œuvre un accord d'intéressement quels sont les salariés/agents éligibles à l'exonération ?	Dès lors qu'un accord d'intéressement est mis en œuvre, l'ensemble des personnels de l'établissement sont éligibles quel que soit leur statut (salariés, contractuels de droit public ou privé, fonctionnaires ...).  Toutefois, l'exonération n'est applicable que pour les primes exceptionnelles versées à ceux ayant une rémunération brute inférieure à 3 SMIC dans les conditions mentionnées en réponse à la question 1.3.
1.5 La prime peut-elle être versée à une partie seulement des salariés ?	OUI, mais uniquement par l'exclusion d'une partie des salariés dont la rémunération est supérieure à un plafond. En effet, par cohérence avec le plafonnement du niveau de rémunération des salariés bénéficiaires ouvrant droit à l'exonération, l'employeur peut choisir de ne verser la prime qu'aux salariés dont la rémunération est inférieure à un certain niveau (qui peut être différent de celui de 3 SMIC qui limite l'éligibilité à l'exonération). Il ne peut ni réserver la prime aux salariés dont la rémunération est supérieure à un certain niveau ni exclure certains salariés sur la base d'un autre critère, quel qu'il soit.
1.6 Le versement d'une prime exceptionnelle peut-il être conditionné à la présence dans l'entreprise à une date différente de celle prévue par la loi ?	NON. Les salariés et agents publics éligibles sont les salariés liés par un contrat de travail ou relevant de l'établissement public à la date de versement de la prime, cette date étant entendue comme la date de mise en paiement des salaires qui figure sur le bulletin de paie (date déclarée dans la rubrique SZ1 G00.50.001 de la DSN).
1.7 La prime doit-elle être versée aux apprentis ?	OUI. Si l'entreprise compte des apprentis, les apprentis liés par un contrat de travail à la date de versement de la prime doivent bénéficier de la prime dans les mêmes conditions que les autres salariés si leur rémunération respecte le plafond prévu par la loi ou l'accord d'entreprise ou la décision unilatérale de l'employeur.
1.8 La prime doit-elle être versée aux mandataires sociaux ?	Si le mandataire social est titulaire d'un contrat de travail, il doit bénéficier de la prime et ce versement ouvre droit à l'exonération dans les conditions de droit commun. S'il n'existe pas de contrat de travail, le versement de la prime exceptionnelle n'est pas obligatoire et son éventuel versement n'ouvre pas droit à l'exonération prévue par la loi.

1.9 Les intérimaires en mission peuvent-ils bénéficier de la prime exceptionnelle versée aux salariés permanents par l'entreprise utilisatrice ?	<p>OUI. Les salariés intérimaires bénéficient de la prime exceptionnelle, dans les mêmes conditions que les salariés permanents de l'entreprise utilisatrice (EU). L'EU devra alors communiquer à l'entreprise de travail temporaire (ETT) la décision unilatérale ou l'accord ayant donné lieu à l'attribution de la prime, l'identité des salariés intérimaires concernés ainsi que le montant de la prime pour chacun d'eux afin que l'ETT puisse effectuer le paiement de la prime à ses salariés concernés. L'EU doit également communiquer la date de versement de la prime à ses salariés permanents (entendu comme la date figurant au bloc S21.G00.50.001 de la DSN). Cette prime exceptionnelle ouvre alors droit aux mêmes exonérations que celles applicables aux primes versées à l'ensemble des salariés de l'entreprise utilisatrice.</p> <p>La condition de présence au moment du versement s'apprécie au niveau de l'EU. Ainsi, tout salarié intérimaire présent dans l'EU au moment où la prime est versée aux salariés permanents de l'EU est éligible à l'exonération. Toutefois, il est admis que la prime puisse être versée de manière décalée par l'ETT par rapport à l'EU et ce même après le 30 juin 2020. Le versement doit cependant être effectué dans le courant de l'année 2020 pour ouvrir droit aux exonérations.</p> <p>L'entreprise de travail temporaire dont une partie des salariés intérimaires a bénéficié d'une prime versée par une entreprise utilisatrice ne peut être tenue de verser cette prime à ses salariés intérimaires en mission dans d'autres entreprises utilisatrices.</p> <p>Si l'ETT verse une prime à ses salariés (permanents et intérimaires) en application d'un accord qu'elle a elle-même conclu, elle est tenue aux mêmes règles et obligations que les autres entreprises.</p> <p>Lorsqu'une prime est attribuée à un même salarié par plusieurs EU ou par une ou plusieurs ETT, chacune des entreprises ayant attribué la prime est considérée, pour l'appréciation du respect des conditions d'attributions prévues par le présent dispositif, comme un employeur distinct.</p>
1.10 La prime et l'exonération sont-ils applicables pour les employeurs établis en outre-mer ?	OUI. L'exonération des primes exceptionnelles est applicable dans les conditions de droit commun en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. La loi la rend également applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon, les cotisations et contributions exonérées s'entendant dans ces cas des cotisations et contributions applicables localement.
2. Conditions liées à la mise en œuvre d'un accord d'intéressement	<b>Rappel : le bénéfice de l'exonération de la prime de cotisations et de contributions sociales est conditionné à la mise en place d'un accord d'intéressement d'une durée d'au moins 1 an</b>
2.1 Quels employeurs peuvent mettre en place un accord d'intéressement ?	En application de l'article L. 3311-1 du code du travail, l'ensemble des employeurs de droit privé, les établissements publics à caractère industriel et commercial et les établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel de droit privé peuvent instituer un intéressement collectif des salariés.
2.2 Quelles entreprises sont dispensées de mise en œuvre d'un accord d'intéressement pour bénéficier de l'exonération ? Dans quelles conditions ?	<p>Les Établissements et services d'aide par le travail (ESAT) ne sont pas en capacité juridique de conclure un accord d'intéressement pour leurs travailleurs handicapés. Toutefois, la loi les autorise à attribuer une prime exceptionnelle exonérée. Pour bénéficier de l'exonération, la prime doit être attribuée à l'ensemble des travailleurs handicapés qui dépendent de l'ESAT sans exception liée à la rémunération. Elle peut être modulée selon les mêmes critères que pour les salariés, explicités au point 3.2.</p> <p>Les associations et fondations mentionnées au a du 1° de l'article 200 et au b du 1° de l'article 238 bis du code général des impôts (fondations ou associations reconnues d'utilité publique ainsi que les associations culturelles ou de bienfaisance, les associations de bienfaisance) ne sont pas tenues à l'obligation de mise en œuvre d'un accord d'intéressement pour bénéficier de l'exonération.</p> <p>Afin de respecter l'intention du législateur, cette exemption doit s'entendre comme concernant également l'ensemble des associations et fondations reconnues d'intérêt général mentionnées au b du 1° de l'article 200 CGI et au a du 1° de l'article 238 bis du CGI.</p> <p>L'ensemble des autres modalités de détermination du montant de la prime et de versement leur sont applicables.</p>
2.3 L'accord d'intéressement doit-il avoir été préalablement conclu pour que la prime puisse être versée et exonérée ?	<p>OUI, en principe. Pour bénéficier de l'exonération, l'accord d'intéressement doit produire ses effets à la date de versement de la prime, donc avoir été conclu. Le dépôt, qui doit intervenir dans les délais prévus par le code du travail pour bénéficier de l'exonération des primes exceptionnelles peut quant à lui être réalisé postérieurement au versement de la prime.</p> <p>Toutefois, les entreprises qui sont déjà couvertes par un accord pour la période antérieure à l'année 2020, dont l'accord d'intéressement a déjà expiré à la fin de l'année 2019 et qui sont engagées dans des négociations en vue de le renouveler peuvent faire bénéficier leurs salariés de la prime exceptionnelle avant même sa conclusion, sous réserve de conclure et déposer un accord d'intéressement dans les conditions et délais prévus par la loi. A défaut, les employeurs ne pourront bénéficier de l'exonération au titre des primes exceptionnelles déjà versées.</p>

2.4 L'accord d'intéressement doit-il couvrir l'ensemble de l'année 2020 pour que la prime bénéficie de l'exonération ?	La conclusion d'un accord d'intéressement relatif à l'année 2020 est une condition pour bénéficier de l'exonération de la prime exceptionnelle. Toutefois, les entreprises qui ont conclu un accord d'intéressement à la date de versement de la prime mais dont la date d'application est différée (par exemple lorsque la date d'application court à compter du 1 <sup>er</sup> juillet 2020 pour les entreprises en exercice décalé par rapport à l'année civile) peuvent également bénéficier de l'exonération. L'accord d'intéressement doit néanmoins dans tous les cas être applicable en 2020 pour que l'employeur puisse bénéficier de l'exonération.
2.5 Un employeur doit-il verser une prime d'intéressement pour pouvoir attribuer une prime exceptionnelle exonérée ?	NON. Pour bénéficier de l'exonération, l'employeur doit mettre en œuvre un accord d'intéressement mais il n'est pas nécessaire qu'une prime d'intéressement ait été versée aux salariés pour bénéficier de l'exonération ; les primes d'intéressement étant déclenchées par la réalisation de conditions aléatoires prévues dans l'accord.
2.6 Dans l'hypothèse où en conséquence du non-respect des dispositions légales relatives à l'intéressement, les sommes versées à ce titre seraient requalifiées en salaire, l'exonération liée à la prime exceptionnelle pourrait-elle être remise en cause ?	NON. La remise en cause <i>a posteriori</i> de l'accord d'intéressement par les autorités compétentes n'a pas d'impact sur l'exonération de la prime exceptionnelle.
<b>3. Détermination du montant de la prime</b>	<b>Rappel : le montant de la prime est librement déterminé, seuls les 1 000 premiers euros faisant l'objet d'une exonération. La loi prévoit les modalités de modulation de ce montant entre l'ensemble des salariés bénéficiaires.</b>
3.1 La prime versée peut-elle être d'un montant inférieur ou supérieur à 1 000 euros ?	OUI. Toutefois, quel que soit le montant de la prime, elle ne fait l'objet d'une exonération de cotisations et contributions sociales, de CSG, de CRDS, d'impôt sur le revenu et de l'ensemble des contributions et taxes dues sur les salaires que dans la limite de 1 000 euros. La partie de rémunération qui excède cette limite est réintégrée dans l'assiette de l'ensemble de ces cotisations, contributions, impôts et taxes.
3.2 Le montant de la prime peut-il être différent entre les salariés ?	OUI. La loi autorise à moduler le niveau de la prime entre les salariés en fonction de la rémunération, du niveau de classification, de la durée de présence effective pendant l'année écoulée ou la durée de travail prévue au contrat de travail mentionnée à la dernière phrase du deuxième alinéa du III de l'article L.241-13 du code de la sécurité sociale. Ces conditions s'apprécient sur les 12 mois précédant le versement de la prime.
3.3 Le montant de la prime peut-il être différencié en fonction de la présence effective du salarié dans l'entreprise ?	OUI. Le montant de la prime peut être modulé dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour le calcul de la valeur du SMIC : prise en compte pour le calcul des allègements généraux de cotisations sociales, soit en proportion de la durée de travail, et en retenant les mêmes règles pour la prise en compte des absences. Toutefois, pour que la prime soit éligible à l'exonération, il n'est pas autorisé d'en réduire le montant à raison des congés mentionnés au chapitre V du titre II du livre II de la première partie du code du travail, c'est-à-dire les congés au titre de la maternité, de la paternité et de l'accueil ou de l'adoption d'un enfant, ainsi que des congés d'éducation parentale, pour la maladie d'un enfant et de présence parentale. La prime des salariés absents du fait de l'un de ces congés ne peut être réduite à raison de cette absence.
3.4 Les critères de modulation peuvent-ils être combinés ?	OUI. La prime peut notamment être modulée en cumulant un critère de durée et un ou plusieurs autres critères mentionnés en réponse à la question 3.2 (rémunération ou niveau de classification).
3.5 Un même employeur peut-il attribuer des montants de primes différents selon l'établissement dont relèvent les salariés ?	OUI, dans le cas où l'accord ou la décision unilatérale adoptés au niveau de l'entreprise le prévoient ou en cas d'accord adopté au niveau de l'établissement.
3.6 La prime entre-t-elle en compte dans le niveau de la rémunération retenu pour le calcul des exonérations sociales ?	NON. La prime n'entre en compte dans le calcul d'aucune autre exonération de cotisations sociales. Elle n'entre pas en compte, notamment, dans le calcul du bénéfice des exonérations dégressives comme la réduction générale de cotisations sociales. Elle n'ouvre pas droit à d'autres exemptions ou exonérations. Elle n'est pas non plus incluse dans la rémunération servant à déterminer l'indemnité de fin de contrat ou de fin de mission. Compte tenu de sa nature non-récurrence, la prime n'est pas non plus prise en compte dans le calcul des indemnités de rupture du contrat de travail.
3.7 La modulation peut-elle aboutir, pour certains salariés, à une prime exceptionnelle égale à zéro ?	NON. La loi prévoit expressément que la prime exceptionnelle doit être versée à l'ensemble des salariés éligibles. Il en résulte que, dès lors que la modulation aurait pour conséquence de priver certains salariés de cette prime, la condition de versement à l'ensemble des salariés ne serait pas remplie. Il appartient à l'employeur de veiller à fixer un plancher minimal de versement, quel que soit le critère retenu.

	<p>Toutefois, compte tenu des conditions exposées plus haut et sous réserve du point 3.3, un salarié qui n'a pas été effectivement présent dans l'entreprise au cours des 12 mois précédant le versement de la prime ou n'a perçu aucune rémunération au cours de cette même période ou encore dont l'employeur a choisi de ne pas accorder de prime pour les rémunérations supérieures à un plafond qu'il a défini dans les conditions prévues au point 1.5 peut ne pas recevoir de prime.</p> <p>NON. La prime exceptionnelle ne peut se substituer à aucun élément de rémunération, à aucune augmentation salariale ou prime conventionnelle prévus par la convention collective, par un accord salarial de branche ou d'entreprise ou par le contrat de travail, ni se substituer à aucun élément de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale versés par l'employeur en vertu des usages en vigueur dans l'entreprise ou devenus obligatoires en vertu de règles légales ou contractuelles.</p> <p>La prime versée dans le cadre de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales n'est pas prise en compte pour apprécier la notion d'usage. Il en va de même pour la prime versée en application de l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.</p> <p>Ainsi, elle ne peut évidemment pas se substituer ou venir en diminution des primes habituelles telles que les primes de treizième mois, de congés ou de vacances, de Noël ou toute autre prime versée obligatoirement ou habituellement par l'employeur.</p> <p>De même, cette prime ne peut se substituer ou venir en diminution des primes au titre des résultats de l'entreprise ou du salarié, des primes de performance liées à l'évolution de l'activité de l'entreprise ou de certains des salariés et habituellement versés à quelque moment de l'année que ce soit, même lorsque leur montant n'est pas déterminé à l'avance. Toutefois, dans ce cas, la part de la prime exceptionnelle qui excède la moyenne, par salarié, du niveau de prime obligatoire ou d'usage versé au titre de l'année précédente peut être éligible à l'exonération dans la limite d'un montant global de prime de 1 000 €. Il n'est pas tenu compte, dans ce calcul, de la prime versée en application de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.</p> <p>NON. L'accord d'intéressement doit être appliqué tel qu'il a été rédigé, conclu et déposé.</p> <p>Si l'accord d'intéressement ne prévoit pas initialement la neutralisation du versement de la prime exceptionnelle, l'employeur ne peut ajouter unilatéralement cet élément de neutralisation du résultat opérationnel non prévu dans l'accord d'intéressement. Dans ce cas, l'intéressement serait susceptible d'être requalifié en rémunération de droit commun.</p> <p>Les accords d'intéressement conclus en 2020 peuvent toutefois prévoir une neutralisation de la prime exceptionnelle dans le calcul de l'intéressement.</p> <p>NON. Le supplément d'intéressement, quand il a été mis en place, découle directement de l'application de l'accord d'intéressement en vigueur dans l'entreprise. Le fait de verser la prime sous forme de supplément d'intéressement correspondrait à une substitution de la prime à d'autres éléments de rémunération que l'entreprise aurait dû verser, ce que l'article 7 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 proscrire.</p>
3.8 La prime peut-elle se substituer à un élément de rémunération ?	<p><b>Rappel : le montant de la prime, les salariés éligibles et sa modulation font l'objet d'un accord d'entreprise ou d'une décision unilatérale</b></p> <p>L'accord peut être conclu selon les modalités prévues à l'article L. 3312-5 du code du travail c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dans le cadre d'un accord collectif de travail de droit commun (c'est-à-dire avec un ou plusieurs délégués syndicaux) ;</li> <li>- entre le chef d'entreprise et les représentants des syndicats représentatifs dans l'entreprise (c'est-à-dire avec un salarié mandaté par une organisation syndicale représentative dans l'entreprise) ;</li> <li>- au sein du comité social et économique (ou du comité d'entreprise), par un vote positif sur le projet de l'employeur à la majorité des membres présents lors de la réunion du comité ;</li> <li>- à la suite de la ratification, à la majorité des 2/3 du personnel, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise. Cette majorité s'apprécie par rapport à l'effectif de l'entreprise au moment de la ratification et non sur la base des seuls salariés présents lors du vote. Il faut au moins qu'une organisation syndicale représentative ou que plusieurs organisations syndicales représentatives ou que le Comité social et économique se joigne à l'employeur pour demander la ratification, si ces instances existent dans l'entreprise. Si l'ensemble des organisations syndicales et le Comité social et économique s'opposent à la voie de la ratification, l'employeur ne peut pas la demander.</li> </ul>
3.10 Est-il possible de verser la prime sous forme de supplément d'intéressement ?	
4. Conclusion des accords pour l'attribution de la prime	
4.1 Quelles sont les modalités de conclusion des accords ?	

	<p>La prime peut également être mise en place par décision unilatérale de l'employeur, qui en informe, avant le versement de la prime, le comité social et économique mentionné à l'article L2311-2 du même code, s'il existe dans l'entreprise.</p> <p>La négociation de la prime peut avoir lieu en même temps que les négociations annuelles obligatoires ou que les négociations portant sur l'accord d'intéressement. Elle pourra être formalisée, soit dans le cadre de l'accord d'intéressement, soit dans celui d'un accord distinct.</p> <p>L'accord ou la DUE peut porter sur l'ensemble des modalités d'attribution de la prime laissées libres par la loi, c'est-à-dire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le montant de la prime ;</li> <li>- le cas échéant, l'exclusion des salariés dont la rémunération est supérieure à un certain plafond et le niveau de ce plafond ;</li> <li>- les modalités de sa modulation entre les bénéficiaires dans le respect des conditions prévues par la loi et rappelées en réponse à la question 3.2.</li> </ul> <p>OUI. L'accord de versement de la prime doit être déposé à la DIRECCTE par la partie la plus diligente, ainsi que les pièces accompagnant le dépôt prévu aux articles D. 2231-6 et D. 2231-7 du code du travail, sur la plateforme de téléprocédure du ministère du travail (<a href="https://www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr/PortailTeleprocedures/">https://www.teleaccords.travail-emploi.gouv.fr/PortailTeleprocedures/</a>). En revanche, il n'y a pas d'obligation légale pour l'employeur de déposer auprès de la DIRECCTE sa décision unilatérale instituant une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat.</p> <p>L'employeur peut accorder la prime sur la seule base d'une DUE. En cas de décision unilatérale, l'employeur en informe, le comité social et économique avant le versement de la prime, s'il existe dans l'entreprise.</p> <p>Les employeurs de moins de 11 salariés informent, par tout moyen, leurs salariés de leur décision de verser une prime.</p>
	<p><b>Rappel : la prime exceptionnelle doit être versée au plus tard le 30 juin 2020</b></p>
5.1 La prime peut-elle faire l'objet d'une ou de plusieurs avances ?	OUI. La prime peut faire l'objet d'avances selon les règles de droit commun applicables à toute forme de rémunération.
5.2 La prime ou le solde de la prime peuvent-ils être versés après la date prévue par la loi ?	NON. La date du 30 juin 2020 est impérative, sauf dans le cas des salariés intérimaires dans les conditions définies en réponse à la question 1.9. À cette date, pour qu'elle soit éligible à l'exonération, l'intégralité de la prime doit avoir été versée à titre définitif.
	La loi prévoit une date limite de versement. Aussi, cette date s'impose à l'ensemble des employeurs, y compris ceux ayant pour pratique habituelle de verser la rémunération au cours du mois suivant celui de la période d'activité au titre de laquelle la rémunération est due.
5.3 Le versement de la prime exceptionnelle doit-il figurer sur le bulletin de paie ?	OUI. Le code du travail prévoit l'obligation de mentionner sur le bulletin de paie la totalité de la rémunération du salarié. Le versement de la prime exceptionnelle doit donc obligatoirement apparaître sur une ligne – si possible spécifique en raison des exonérations associées – du bulletin de paie du mois du versement et le total net versé (salaire + prime) doit correspondre au total de la rémunération figurant sur le bulletin de paie.
5.4 La prime doit-elle être déclarée par l'employeur aux administrations sociales et fiscales ?	OUI. La prime doit être déclarée comme un élément de rémunération non soumis à cotisations et contributions, afin notamment de permettre le contrôle du respect de ses conditions d'attributions.
	La prime est à déclarer en DSN au bloc S21.G00.52 avec le code « 902 - Potentiel nouveau type de prime exceptionnelle de pouvoir d'achat » <a href="http://dsn-info.custhelp.com/app/answers/detail/a_id/2065/kw/prime%20exceptionnelle">http://dsn-info.custhelp.com/app/answers/detail/a_id/2065/kw/prime%20exceptionnelle</a>
	Elle doit également être déclarée aux URSSAF sous le CTP 510 <a href="http://www.dsn-info.fr/documentation/declarer-cotisations-urssaf-en-dsn.pdf">http://www.dsn-info.fr/documentation/declarer-cotisations-urssaf-en-dsn.pdf</a> / <a href="#">fiche 58</a> .
	En cas de versement de la prime excédant la limite de 1 000 € par salarié, le montant excédentaire est soumis à cotisations et contributions et doit être déclaré sur le CTP approprié à la déclaration de droit commun.



6. Conditions d'exonération de la prime	Rappel : dès lors que sont respectées les règles relatives à l'éligibilité, aux conditions et modalités d'attribution et aux délais de versement, la prime exceptionnelle versée aux salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC est exonérée de toutes cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle ainsi que d'impôt sur le revenu et de toute taxe ou contribution
6.1 Quelles sont les cotisations, contributions et taxes bénéficiant de l'exonération ?	<p>L'exonération porte sur les cotisations et contributions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cotisations (parts employeur et salariale) de sécurité sociale y compris, le cas échéant la cotisation complémentaire au régime local d'Alsace-Moselle ;</li> <li>- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes de retraite complémentaire, y compris la CET et l'APEC ;</li> <li>- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes d'assurance chômage y compris AGS ;</li> <li>- contribution solidarité autonomie ;</li> <li>- contribution de versement transport ;</li> <li>- contribution au dialogue social ;</li> <li>- contributions dues au FNAL ;</li> <li>- CSG et CRDS ;</li> <li>- taxe sur les salaires ;</li> <li>- taxe d'apprentissage et contribution supplémentaire à l'apprentissage, contribution unique à la formation professionnelle et à l'alternance ;</li> <li>- participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue ;</li> <li>- contribution dédiée au financement du compte personnel de formation ;</li> <li>- contribution patronale au titre de la formation professionnelle en alternance ;</li> <li>- participations des employeurs (agricoles et non agricoles) à l'effort de construction ;</li> <li>- le cas échéant, les contributions résultant d'accords conventionnels de branche.</li> </ul> <p>Pour ces cotisations et contributions, le plafond de l'exonération de la prime s'apprécie au niveau de chaque employeur.</p> <p>En matière d'impôt sur le revenu, le plafond d'exonération s'apprécie par salarié bénéficiaire.</p>
6.2 Comment doit être calculée la limite de rémunération de 3 SMIC ouvrant droit à l'exonération ?	<p>La rémunération à prendre en compte afin de vérifier l'éligibilité à l'exonération correspond à l'assiette des cotisations et contributions sociales définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Sont notamment incluses les indemnités de fin de contrat de travail ou de fin de mission.</p> <p>Pour correspondre à la durée de travail, la limite de 3 SMIC doit être calculée selon les mêmes modalités que celles retenues pour calculer l'éligibilité aux réductions proportionnelles de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales et de 6 points des cotisations d'assurance maladie respectivement prévues aux articles L. 241-6-1 et L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale. Il s'agit de la rémunération annuelle, proportionnée à la durée de présence de l'entreprise pour chaque salarié selon les modalités prévues à la deuxième phrase du deuxième alinéa du III de l'article L. 241-13 qui sont applicables pour le calcul des exonérations sociales. Pour les salariés mentionnés au 1°, 2° et 3° du IV de l'article L. 241-13, l'appréciation du plafond de rémunération de 3 SMIC s'effectue selon les modalités prévues au D. 241-10 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Si la période de référence pour le versement de la prime correspond à 12 mois glissants, il est fait application, pour vérifier la limite de 3 SMIC des dispositions mentionnées ci-dessus, à due proportion.</p> <p>Toutefois, le plafond de rémunération ne peut faire l'objet d'aucune majoration à aucun titre que ce soit. Il ne peut donc donner lieu à une majoration au titre du nombre d'heures supplémentaires et complémentaires réalisées.</p> <p>Par tolérance, lorsque le franchissement du plafond de rémunération de 3 SMIC annuels résulte du versement postérieur à la décision d'attribution de la prime d'éléments de rémunération dont le montant ne pouvait être pris en compte lors de cette décision d'attribution, le plafond sera considéré comme respecté.</p>
6.3 La prime est-elle exonérée d'impôt sur le revenu et du prélèvement à la source ?	OUI. Cette prime est exonérée de l'impôt sur le revenu. Elle ne doit pas être soumise par l'employeur au prélèvement à la source.
6.4 La prime est-elle prise en compte pour le bénéfice de certaines prestations telles que la prime d'activité ?	NON. De manière générale, la prime n'est pas prise en compte dans la détermination du revenu fiscal de référence. En outre, la prime exceptionnelle n'a pas à être déclarée fiscalement et n'est pas prise en compte pour le calcul du droit à la prime d'activité mentionnée à l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale.

7. Conséquences du non-respect des conditions d'attribution de la prime ouvrant droit à l'exonération	Rappel : le bénéfice de l'exonération est conditionné par la loi au respect de l'ensemble des conditions d'attribution
<p>7.1 Quelles sont les conséquences en cas de non-respect de l'une ou de plusieurs des conditions d'attribution de la prime ?</p>	<p>Le bénéfice de l'exonération est conditionné pour l'employeur au respect de l'ensemble des conditions d'attribution. En cas d'absence d'accord d'intéressement l'ensemble des primes attribuées seront réintégrées dans l'assiette des cotisations et contributions et assujetties à l'impôt sur le revenu.</p> <p>Toutefois, dès lors que la condition de mis en œuvre d'un accord d'intéressement est remplie et afin d'éviter la remise en cause de l'ensemble de l'exonération, en cas de contrôle ultérieur donnant lieu au constat de l'absence de respect de l'une ou de plusieurs de ces conditions, les employeurs seront invités dans un premier temps à régulariser cette situation.</p> <p>En outre, à défaut, le redressement pourra être opéré dans des conditions similaires à celles applicables pour le contrôle de l'application des règles liées au caractère obligatoire et collectif des systèmes de garanties de protection sociale complémentaire fixées à l'article L. 133-4-8 du code de la sécurité sociale autorisant à réduire le redressement à proportion des seules erreurs commises.</p> <p>Ainsi, en pratique, le redressement sera réduit à hauteur des cotisations et contributions sociales dues sur les seules sommes faisant défaut ou excédant les conditions et limites prévus par la loi.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sommes faisant défaut pourront être calculées en fonction du montant moyen de prime attribué et du nombre de salariés omis ou, lorsque la modulation n'était pas autorisée, en fonction de l'écart entre le montant des primes réduites à tort et le montant des primes non modulées défini par l'employeur.</li> <li>- Les sommes en excédent correspondront notamment aux sommes exonérées versées à des salariés dont la rémunération excéderait le plafond défini dans l'entreprise ou attribués en substitution à d'autres éléments de rémunération.</li> </ul> <p>Par ailleurs, en cas d'exonération par l'employeur des primes excédant le plafond de 1000 euros par salarié, seule la part excédant cette limite sera assujettie dans les conditions de droit commun. De la même manière, seules les primes versées aux salariés dont la rémunération excède le plafond de 3 SMIC seront réintégrées dans l'assiette sociale.</p>



## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE LA CULTURE

Délégation générale à l'emploi  
et à la formation professionnelle

Sous-direction des mutations économiques  
et sécurisation de l'emploi

Mission indemnisation du chômage

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement de la sécurité sociale

Bureau de la législation financière et sociale

*Direction générale de la création artistique*

Sous-direction de l'emploi de l'enseignement supérieur  
et de la recherche

Bureau de l'emploi du spectacle vivant

#### **Instruction interministérielle n° DGEFP/MIC/DSS/DGCA/2020/26 du 31 janvier 2020 relative au guichet unique pour le spectacle vivant (Guso)**

NOR : MTRD2003248J

*Date d'application* : immédiate.

**Résumé** : après plusieurs années de fonctionnement du guichet unique pour le spectacle vivant (Guso), il est apparu utile de refondre la circulaire du 5 août 2009 pour y intégrer l'ensemble des modifications intervenues depuis cette date, notamment législatives, réglementaires et conventionnelles.

Il est rappelé que :

1. Le champ du Guso est celui des employeurs organisateurs de spectacles vivants qui n'ont pas pour activité principale ou pour objet le spectacle, et des groupements d'artistes amateurs bénévoles qui font appel à un ou des artistes du spectacle rémunérés et à un ou des techniciens concourant au spectacle.
2. Le Guso vise à simplifier les obligations déclaratives des employeurs à réduire le travail illégal dans le secteur du spectacle vivant, à améliorer la couverture sociale des artistes et techniciens, à réduire la concurrence déloyale.
3. Les inspecteurs des URSSAF sont, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, habilités à contrôler les déclarations pour l'ensemble des organismes sociaux partenaires du Guso.
4. Le contentieux du recouvrement qui, jusqu'au 31 décembre 2003, relevait de chacun des organismes partenaires a été confié au Guso. Celui-ci agit selon ses propres procédures au nom de l'ensemble desdits organismes, avec notamment la possibilité de délivrer des contraintes pour tous les organismes.
5. Plusieurs mesures complètent ce dispositif :
  - les déclarations doivent être effectuées autant que possible de manière dématérialisée sur Internet (<https://www.guso.fr>), aux fins de réaliser les formalités déclaratives et de payer les cotisations et contribution dues ;

- il est donné valeur de contrat de travail à la déclaration de l'employeur. Toutefois, cette disposition reste d'application facultative, laissant ainsi la possibilité aux parties de conclure un contrat de travail distinct;
- l'attestation mensuelle d'emploi délivrée par le Guso au salarié vaut bulletin de salaire;
- l'application des conventions collective du spectacle vivant est obligatoire pour les employeurs passant par le Guso;
- le Guso est également l'organisme intermédiaire de collecte du prélèvement à la source.

**Mots clés :** guichet – guichet unique – spectacle – spectacle vivant – spectacle occasionnel – Guso.

**Mention outre-mer :** l'instruction s'applique les départements d'outre-mer (hors Mayotte) et dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

**Références :**

Articles L. 133-9 à L. 133-9-6 du code de la sécurité sociale ;  
Articles R. 133-31 à R. 133-42 du code de la sécurité sociale ;  
Articles L. 7121-7-1, L. 7122-1 à L. 7122-21 et L. 7122-22 à L. 7122-28 du code du travail ;  
Articles R. 7122-3 à R. 7122-20 et R. 7122-14 à R. 7122-25 du code du travail ;  
Ordonnance n° 45-2339 du 13 octobre 1945 relative aux spectacles, modifiée par la loi n° 99-198 du 18 mars 1999 ;  
Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales de l'employeur ;  
Ordonnance n° 2019-700 du 3 juillet 2019 relative aux entrepreneurs de spectacles vivants ;  
Décret n° 2006-763 du 30 juin 2006 relatif aux modalités d'application des dispositions relatives aux congés payés annuels du personnel artistique et technique occupé de façon intermittente ;  
Décret n° 2019-1004 du 27 septembre 2019 relatif aux entrepreneurs de spectacles vivants ;  
Arrêté du 12 juillet 2005 portant homologation des conventions passées entre le Guso, organisme habilité à être guichet unique du spectacle vivant, et les organismes partenaires ;  
Arrêté du 12 décembre 2006 modifiant l'arrêté du 24 janvier 1975 relatif aux taux des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dues au titre de l'emploi des artistes du spectacle ;  
Arrêté du 16 décembre 2008 portant désignation de l'organisme habilité pour le guichet unique du spectacle vivant.

**Circulaire abrogée :**

Circulaire n° DSS/5C/DMTS/2009/252 du 5 août 2009.

**Annexe :**

Taux des cotisations et contributions sociales applicables dans le cadre du guichet unique pour le spectacle vivant (Guso).

*La ministre du travail, la ministre des solidarités et de la santé et le ministre de la culture, à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs des directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des affaires culturelles ; Monsieur le directeur de Pôle emploi ; Monsieur le directeur de Pôle emploi services ; Monsieur le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.*

SOMMAIRE

**1. Champ d'application du Guso**

- 1.1. *Le Guso est réservé aux activités de spectacle vivant*
- 1.2. *Les employeurs concernés*
- 1.3. *Le champ d'application territorial*
- 1.4. *La référence à l'activité principale exercée (APE)*
- 1.5. *Les autres employeurs exclus*

- 1.6. *Les conditions tenant à l'activité du salarié*
  2. **Gouvernance du Guso**
    - 2.1. *Le comité directeur*
    - 2.2. *Le comité de suivi du Guso*
    - 2.3. *Le comité opérationnel*
  3. **Mise en œuvre de la procédure unique de déclaration**
    - 3.1. *Déclaration préalable à l'embauche (DPAE)*
      - 3.1.1. L'obligation de déclaration préalable
      - 3.1.2. Les sanctions
    - 3.2. *Déclaration unique et simplifiée (DUS)*
    - 3.3. *Attestation mensuelle d'emploi valant bulletin de salaire*
    - 3.4. *Congés Spectacles*
  4. **Le prélèvement à la source**
  5. **Taux et assiettes des cotisations et contributions sociales**
    - 5.1. *Pour l'emploi des artistes*
      - 5.1.1. Suppression en 2020 de l'option pour une cotisation forfaitaire
      - 5.1.2. Assiette et taux applicables aux artistes, hors cotisation forfaitaire
      - 5.1.3. Déduction forfaitaire pour frais professionnels
    - 5.2. *Pour l'emploi des ouvriers et techniciens*
    - 5.3. *Taux particuliers applicables tant aux artistes qu'aux ouvriers et techniciens*
      - 5.3.1. Taux de la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles
      - 5.3.2. Contribution supplémentaire due au FNAL et versement de transport
  6. **Date de paiement des cotisations et contributions sociales**
  7. **Contentieux du recouvrement**
  8. **Contrôle**
  9. **Date d'entrée en vigueur**
- Annexe. – Taux des cotisations et contributions sociales applicables dans le cadre du guichet unique pour le spectacle vivant (Guso).

La présente instruction abroge et remplace la circulaire n° DSS/5C/DMDTS/2009/252 du 5 août 2009 et intègre toutes les modifications intervenues depuis sa publication.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, le Guso s'est substitué au guichet unique du spectacle occasionnel. Ce dernier avait été institué par l'article 6 de la loi n° 98-546 du 2 juillet 1998 et il a été réformé en 2004 par l'article 24 8° de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le Gouvernement à réformer le dispositif du Guso pour simplifier les obligations d'un plus grand nombre d'employeurs tout en garantissant la protection sociale des salariés, assurer l'application effective et le contrôle de la législation en vigueur et alléger les coûts de gestion du dispositif.

Le Guso permet aux organisateurs non professionnels de spectacles vivants de se libérer auprès d'un seul organisme habilité par arrêté, de l'ensemble des déclarations obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi, sous contrat de travail à durée déterminée, d'artistes, d'ouvriers et de techniciens du spectacle qui relèvent de l'indemnisation du chômage au titre des annexes VIII et X au règlement d'assurance chômage, ainsi que du paiement de l'ensemble des cotisations et contributions s'y rapportant. Ce mode simplifié de déclaration permet d'effectuer les déclarations et de payer les cotisations et contributions aux six organismes de protection sociale partenaires du Guso que sont :

- les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) ou Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;
- l'UNEDIC pour le compte de laquelle Pôle emploi effectue le recouvrement de l'assurance chômage ainsi que la gestion du régime d'assurance des créances des salariés (AGS) ;
- AUDIENS, représentant l'alliance professionnelle Agirc Arrco, Audiens santé prévoyance et la caisse des Congés Spectacles ;
- l'opérateur de compétence AFDAS ;
- le service de santé CMB ;

- depuis la mise en place du prélèvement à la source en 2019, le Guso est un dispositif d'intermédiation entre l'employeur et la DGFIP (article 60 I B de la loi de finances n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 pour 2017 créant l'article 87-0 A du code général des impôts et modifiant les articles suivants: 87 A du code général des impôts; L. 7122-23 et L. 7122-24 du code du travail; L. 133-5-6 et L. 133-5-8 du code de la sécurité sociale).

L'arrêté du 16 décembre 2008 (publié au *Journal officiel* du 26 décembre 2008) habilite l'institution mentionnée à l'article L. 5312-1 du code du travail, c'est-à-dire Pôle emploi, à gérer le Guso. Le Guso est géré par Pôle emploi services.

L'article L. 7121-7-1 du code du travail oblige les employeurs relevant du Guso, en l'absence de dispositions conventionnelles spécifiques aux artistes et techniciens du spectacle au titre de leur activité principale, à appliquer la convention collective nationale (CCN) des entreprises artistiques et culturelles ou la convention collective nationale (CCN) des entreprises du secteur privé du spectacle vivant aux artistes et techniciens du spectacle qu'ils emploient.

En outre, l'ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales de l'employeur a modifié les dispositions relatives à la prise en charge des cotisations et contributions sociales d'origine légale ou conventionnelle en modifiant l'article L. 133-5-7 du code de la sécurité sociale.

## **1. Champ d'application du Guso**

### *1.1. Le Guso est réservé aux activités de spectacle vivant*

Le Guso est réservé aux entrepreneurs de spectacles vivants qui, en vue de la représentation en public d'une œuvre de l'esprit, s'assurent de la présence physique d'au moins un artiste du spectacle percevant une rémunération.

Aussi, ne relèvent pas du Guso :

- les activités liées à l'enseignement et à la pédagogie ;
- les activités d'animations événementielles et les ateliers participatifs.

### *1.2. Les employeurs concernés*

Les personnes visées à l'article L. 7122-19 du code du travail peuvent exercer occasionnellement l'activité d'entrepreneur de spectacles sans être titulaires d'une licence d'entrepreneur de spectacles vivants ou d'un récépissé de déclaration d'entrepreneur de spectacles vivants valant licence dans la limite de 6 représentations annuelles.

Au-delà de ce plafond annuel de 6 représentations, elles doivent être titulaires d'une licence d'entrepreneur de spectacles vivants ou d'un récépissé de déclaration d'entrepreneur de spectacles vivants valant licence.

Conformément à l'article R. 7122-25 du code du travail, le Guso, organisme habilité par l'État, transmet au préfet de région les informations utiles à la vérification du respect du plafond annuel mentionné ci-dessus.

Les employeurs publics qui ne sont pas des professionnels du spectacle relèvent du Guso.

Les employeurs qui relèvent du Guso ne peuvent pas, pour se libérer de leurs obligations liées à l'embauche et à l'emploi, utiliser les dispositifs du chèque emploi-service universel (CESU), du chèque emploi-associatif (CEA), du Centre national des firmes étrangères (CNFE) pour les employeurs dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou du titre emploi-service entreprise (TESE).

Conformément à l'article L. 7121-7-1 du code du travail, en l'absence de dispositions spécifiques, les employeurs relevant du Guso doivent faire bénéficier leurs salariés, artistes ou techniciens du spectacle, des dispositions de l'une des deux conventions collectives du spectacle, à savoir :

- la convention collective nationale des entreprises artistiques et culturelles ;
- la convention collective nationale des entreprises du secteur privé du spectacle vivant.

La catégorie juridique de l'employeur donne une indication quant à la convention collective à appliquer. La rubrique FAQ du site <https://www.guso.fr> apporte également des précisions susceptibles d'orienter l'employeur dans son choix.

### *1.3. Le champ d'application territorial*

Le Guso est compétent pour l'embauche, sous contrat de travail à durée déterminée, d'artistes, d'ouvriers et de techniciens du spectacle qui relèvent des annexes VIII et X au règlement d'assu-

rance chômage. Il est applicable sur le territoire métropolitain, dans les départements d'outre-mer hors Mayotte et dans les collectivités d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Concernant le département de Mayotte, en l'absence de dispositions spécifiques en matière d'indemnisation des techniciens et artistes du spectacle, les dispositions relatives au Guso ne trouvent pas à s'y appliquer.

#### 1.4. La référence à l'activité principale exercée (APE)

À l'exception des groupements d'artistes amateurs bénévoles, qui peuvent avoir le spectacle pour activité principale ou pour objet, l'activité principale est définie par le Guso, en tant que de besoin, à partir du code APE dont l'employeur est titulaire.

Le code APE est attribué par l'INSEE. Il correspond à l'activité principale déclarée par l'entreprise au moment de son inscription.

Compte tenu de la nature de leur activité, les employeurs titulaires des codes suivants sont réputés ne pas entrer dans le champ d'application du Guso (car leur activité principale relève de l'exploitation de lieux de spectacles, de parcs de loisirs ou d'attraction, de la production ou de la diffusion de spectacles) :

- 59.11A Production de films et de programmes pour la télévision.
- 59.11 B Production de films institutionnels et publicitaires.
- 59.11 C Production de films pour le cinéma.
- 59.12 Z Post-production de films cinématographiques, de vidéo et de programmes de télévision.
- 59.13 A Distribution de films cinématographiques.
- 59.13 B Édition et distribution vidéo.
- 59.14 Z Projections de films cinématographiques.
- 59.20 Z Enregistrement sonore et édition musicale.
- 60.10 Z Édition et diffusion de programmes radio.
- 60.20 A Édition de chaînes généralistes.
- 60.20 B Édition de chaînes thématiques.
- 90.01 Z Arts du spectacle vivant.
- 90.02 Z Activité de soutien au spectacle vivant.
- 90.04 Z Gestion de salles de spectacles.
- 93.21 Z Activités des parcs d'attraction et parcs à thèmes.

Les codes 93.29 Z « Autres activités récréatives et de loisirs » et 94.99 Z « Autres organisations fonctionnant par adhésion volontaire » recouvrent des activités diverses qui entrent *a priori* dans le champ du Guso. Ils peuvent cependant être attribués à un employeur exerçant une activité professionnelle de spectacle. Dans ce cas, il ne relève pas du Guso.

Dans l'hypothèse où l'employeur se trouve hors du champ du Guso en raison, par exemple, du code APE dont il est titulaire, sa situation peut être réexaminée à sa demande, par le directeur du Guso, au regard de la description par l'employeur de son activité principale, qui devra communiquer au Guso ses statuts ainsi que tout élément relatif à son activité, notamment :

- le chiffre d'affaires de la structure ainsi que la part salariale affectée au spectacle ;
- la demande faite par l'employeur auprès de l'INSEE d'actualisation de son code APE en cas de modification d'activité ;
- la détention d'une licence et le cas échéant, le type de licence ;
- la convention collective applicable dans l'entreprise ;
- le nombre de représentations dans l'année ;
- l'événement amenant l'employeur à demander son affiliation au Guso.

Il appartient à l'employeur de joindre à sa demande des justificatifs sur ces différents éléments.

#### 1.5. Les autres employeurs exclus

Les discothèques et les casinos ne relèvent pas du Guso, quel que soit leur code APE.

Les employeurs de toréros bénéficient, depuis le 1<sup>er</sup> février 2004, d'un dispositif particulier de déclaration, géré par l'URSSAF Languedoc-Roussillon, en application des articles L. 243-1-2 et R. 243-8-1 du code de la sécurité sociale. Ils ne peuvent donc plus recourir au Guso pour accomplir leurs obligations sociales.

Il n'est pas possible, dans le cadre de l'activité de spectacle vivant, d'avoir recours aux services d'une entreprise de portage salarial ; dans la mesure où cette activité est exclusive de toute autre. Ainsi, les entreprises de portage salarial ne sont pas autorisées à exercer l'activité d'entrepreneur de spectacles vivants, réglementée et soumise à licence d'entrepreneur de spectacles vivants ou à déclaration à la direction régionale des affaires culturelles. Il est par ailleurs interdit à une entreprise de spectacles vivants détentrice de licence de céder l'autorisation d'exercer (*via* la licence) à une autre entreprise, y compris dans le domaine du portage salarial.

Les entreprises ou associations ayant pour activité exclusive ou partielle d'accomplir, en qualité de mandataires, ou de centres de gestion de la paie, les formalités pour le compte des employeurs entrant dans le champ d'application Guso, doivent s'assurer de la conformité des déclarations en respect du champ d'application ainsi que des taux de cotisations et contributions.

De même, les éditeurs de logiciel de paie doivent faire valider au Guso leur cahier des charges afin d'obtenir un accord sur la conformité de leur logiciel de paie et d'en assurer la mise à jour.

À défaut, le Guso se réserve le droit de refuser les déclarations et de demander aux employeurs concernés de régulariser leurs déclarations.

### *1.6. Les conditions tenant à l'activité du salarié*

En ce qui concerne l'activité du salarié, elle doit être exercée par :

- des artistes du spectacle visés à l'article L. 7121-2 du code du travail, engagés sous contrat de travail à durée déterminée, quelle que soit sa durée ;
- des ouvriers et techniciens engagés par un contrat de travail à durée déterminée, quelle que soit sa durée, qui occupent des fonctions relevant des listes n<sup>os</sup> 6 et 7 « spectacle vivant privé et du spectacle vivant subventionné » jointes à l'annexe VIII au règlement général annexé à la convention d'assurance chômage<sup>1</sup>.

## **2. Gouvernance du Guso**

La gouvernance du Guso est assurée conjointement par la Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) et par la Direction générale de la création artistique (DGCA).

Trois instances assurent la gouvernance et le suivi du fonctionnement et des évolutions du Guso :

- le comité de suivi ;
- le comité directeur ;
- le comité opérationnel.

Les deux premiers comités sont co-présidés par la DGEFP et par DGCA, qui en assurent alternativement l'organisation.

Le comité opérationnel se réunit sous la présidence de Pôle emploi.

Tout participant peut être invité par chacune de ces instances en fonction des thèmes à l'ordre du jour.

En outre, des groupes de travail sur des sujets techniques identifiés par le comité de suivi peuvent se réunir ponctuellement.

### *2.1. Le comité directeur*

Le comité directeur est composé des représentants de Pôle emploi services, des organismes de protection sociale partenaires, de la DGEFP et de la DGCA.

Il se réunit une fois par an.

Il débat et décide des orientations stratégiques du dispositif, de ses principales évolutions et de leur financement, et en contrôle les réalisations (planning et budget annuels).

Chaque année, Pôle emploi présente au comité le bilan financier de l'exercice précédent.

L'ACOSS transmet aux membres du comité directeur un bilan annuel relatif aux contrôles effectués par la branche du recouvrement pour le compte du Guso, au plus tard le 30 juin de l'année suivante. La réalisation de ce bilan est coordonnée par l'URSSAF de Haute-Savoie en sa qualité de caisse pivot.

---

<sup>1</sup> Ces listes de fonction seront substituées par celles qui seraient prévues dans des conventions collectives conclues et étendues dans les deux branches du spectacle vivant, sous réserve d'un avenant de transposition adopté par les partenaires sociaux de l'assurance chômage.



## *2.2. Le comité de suivi du Guso*

Le comité de suivi est composé du directeur ou de son représentant :

- de la DGEFP ;
- de la DGCA ;
- de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) ;
- de Pôle emploi services ;
- de chacun des organismes de protection sociale partenaires ;
- des fédérations d'organisations d'employeurs du spectacle et des syndicats de salariés du spectacle concernés.

Il se réunit une fois par an.

Lors du comité de suivi, les membres sont informés des orientations stratégiques décidées lors du comité directeur.

Un bilan périodique du Guso est présenté aux membres du comité de suivi.

## *2.3. Le comité opérationnel*

Le comité opérationnel est présidé par le directeur de l'organisme en charge du Guso et réunit les organismes de protection sociale. L'État est invité à y participer. Ce comité se réunit sur convocation de Pôle emploi services en tant que de besoin.

L'organisation des réunions et leur ordre du jour sont à la charge de Pôle emploi, qui en informe l'État. Les réunions du comité opérationnel ont lieu dans les locaux de Pôle Emploi ou d'un organisme de protection sociale.

## **3. Mise en œuvre de la procédure unique de déclaration**

La procédure de déclaration comporte un formulaire spécifique, composé de deux volets distincts, insérés dans un dossier dit « dossier Guso ».

Il permet :

- d'effectuer la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) au moyen du premier volet ;
- de s'acquitter des autres obligations déclaratives et contributives au moyen du deuxième volet intitulé « déclaration unique et simplifiée des cotisations sociales et contrat de travail » (DUS).

### *3.1. Déclaration préalable à l'embauche (DPAE)*

#### *3.1.1. L'obligation de déclaration préalable*

Préalablement à toute embauche, l'employeur doit envoyer la DPAE prévue à l'article L. 1221-10 du code du travail sous forme dématérialisée (<https://www.guso.fr>) ou sur support papier à l'adresse imprimée au verso de la déclaration, soit : DPAE Guso, 74986 Annecy Cedex 9.

Lorsque l'employeur n'est pas encore en possession du « dossier Guso » ou ne dispose plus de formulaire de « déclaration préalable à l'embauche », il doit procéder à l'envoi de la DPAE à la même adresse (DPAE Guso, 74986 Annecy Cedex 9), par l'un des moyens prévus à l'article R. 1221-5 du code du travail (voie électronique, ou lettre recommandée avec avis de réception). La DPAE doit être, datée et signée par employeur, adressée au plus tard le dernier jour ouvrable précédant l'embauche, le cachet de la poste faisant foi.

L'indisponibilité de l'un de ces moyens n'exonère pas l'employeur de son obligation de déclaration préalable à l'embauche par les autres moyens disponibles.

Un formulaire de DPAE collective est mis à disposition des employeurs pour leur permettre d'effectuer, sur un même document, une déclaration concernant plusieurs salariés embauchés le même jour. Il peut arriver que l'employeur soit tenu d'utiliser plusieurs formulaires de DPAE collective pour déclarer l'ensemble de ses salariés. L'utilisation de la DPAE dématérialisée permet de s'affranchir de cette contrainte.

#### *3.1.2. Les sanctions*

L'inobservation de l'obligation de DPAE est une infraction au code du travail qui constitue, selon que le caractère intentionnel de l'infraction est caractérisé ou non :

- une contravention de 5<sup>e</sup> classe passible d'une amende de 1 500 € (art. R. 1227-1 du code du travail) ;

- voire un délit de travail dissimulé passible, s’agissant des personnes physiques, d’un emprisonnement de trois ans et d’une amende de 45 000 €, s’il est démontré que l’omission de cette formalité est volontaire (art. L. 8224-1 du code du travail). À l’égard des personnes morales, la peine d’amende est de 225 000 €.

Par ailleurs, l’article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le bénéfice de toute mesure de réduction et d’exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions dues aux organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur sans qu’il soit tenu d’en faire une demande préalable est subordonné au respect par l’employeur des dispositions des articles L. 8221-1 et L. 8221-2 du code du travail prohibant le travail totalement ou partiellement dissimulé. Lorsque l’infraction de dissimulation d’activité (art. L. 8221-3 du code du travail) ou de dissimulation d’emploi salarié (art. L. 8221-5 du même code) ainsi définie est constatée par procès-verbal, l’organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l’annulation desdites réductions ou exonérations des cotisations ou contributions.

En outre, lorsqu’un employeur fait l’objet d’un procès-verbal de travail dissimulé de marchandage, de prêt illicite de main-d’œuvre, d’emploi d’étranger non autorisé à travailler, la régularisation, au regard de la sécurité sociale, des salaires non déclarés se fait en appliquant strictement les règles de droit commun, sans prise en compte d’aucune mesure de réduction ou d’exonération des cotisations et contributions ni de minoration de l’assiette de ces cotisations ou contributions, conformément à l’article L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale.

D’autres sanctions administratives sont prévues par les textes.

### 3.2. Déclaration unique et simplifiée (DUS)

Selon l’article R. 7122-15 du code du travail, la déclaration unique et simplifiée concerne l’embauche et l’emploi d’artistes du spectacle ainsi que des ouvriers et techniciens relevant des professions du spectacle vivant et occupant un des emplois définis par l’accord relatif à l’application du régime d’assurance chômage à ces professions prévu à l’article L. 5422-20 (donc relevant des annexes VIII et X au règlement d’assurance chômage). Ce volet déclaratif peut se faire sous forme dématérialisée (<https://www.guso.fr>) ou par échange de données informatisées) ou sur support papier. Il comporte quatre feuillets identiques.

Le premier feuillet (original), complété et signé par l’employeur et le salarié, est adressé par l’employeur au Guso au plus tard le 15<sup>e</sup> jour suivant le terme du contrat de travail, accompagné d’un seul règlement correspondant au montant :

- des cotisations d’assurance maladie, d’assurance vieillesse, d’accidents du travail et maladies professionnelles, d’allocations familiales, de la contribution solidarité autonomie, de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) et de la contribution fonds national d’aide au logement (FNAL), recouvrées par l’URSSAF ou par la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) ;
- des cotisations et contributions dues aux régimes d’assurance chômage et de garantie des salaires, c’est-à-dire des sommes à acquitter auprès du centre de recouvrement géré par Pôle emploi ;
- des cotisations de retraite complémentaire et de prévoyance, c’est-à-dire des sommes à acquitter auprès d’AUDIENS, qui représente l’alliance professionnelle Agirc Arrco, Audiens santé prévoyance et la caisse des Congés Spectacles ;
- de la cotisation due au titre des congés payés aux Congés Spectacles ;
- de la contribution de formation professionnelle due à l’AFDAS ;
- et de la contribution à la médecine du travail, c’est-à-dire des sommes à acquitter auprès du centre médical de la Bourse (CMB) ;
- du prélèvement à la source.

L’envoi de ce feuillet au Guso dûment complété, daté et signé libère l’employeur de ses obligations déclaratives :

- auprès de l’URSSAF (ou de la CGSS), de Pôle emploi, d’AUDIENS, des Congés Spectacles, de l’AFDAS (à l’exception toutefois de la taxe d’apprentissage et de la contribution au développement de l’apprentissage) et du centre médical de la Bourse, au titre des cotisations et contributions sociales ;
- auprès de la CNAV (Caisse nationale d’assurance vieillesse), CNAM (Caisse nationale de l’assurance maladie), des services fiscaux et de l’INSEE.



Le deuxième feuillet vaut attestation d'emploi au sens des articles R. 1234-9 et suivants du code du travail et certificat prévu aux articles D. 7121-32 et suivants du même code, conformément à l'article L. 7122-24. Ce feuillet est remis au salarié auquel il peut être réclamé en tant que justificatif de sa situation au regard du régime d'assurance chômage et de ses droits à congés payés.

Ce formulaire permet de satisfaire aux obligations relatives à la forme, au contenu et à la transmission du contrat de travail à durée déterminée, prévus aux articles L. 1242-12 et L. 1242-13 du code du travail. Les mentions obligatoires du contrat de travail et du bulletin de salaire figurent sur la DUS, ce qui permet donc de satisfaire aux obligations prévues par le code du travail en la matière.

Toutefois, les parties conservent la faculté d'établir un contrat de travail à durée déterminée sur un autre document conforme aux dispositions prévues aux articles L. 1242-1 et suivants du code du travail.

À défaut d'un contrat de travail établi conformément aux dispositions des articles L. 1242-1, L. 1242-12 et L. 1242-13 du code du travail, le deuxième feuillet, remis au salarié au plus tard dans les deux jours suivant l'embauche, a valeur de contrat de travail, conformément à l'article L. 7122-24 du même code. Le contrat de travail conclu dans le cadre de ce dispositif reste soumis à l'ensemble de la réglementation relative au contrat de travail à durée déterminée, notamment en ce qui concerne la limitation des cas de recours ou les motifs de rupture anticipée du contrat à durée déterminée. Il doit obligatoirement mentionner la fin du contrat de travail ou le motif de la cessation du contrat de travail, en cas de rupture anticipée.

Le troisième feuillet est remis au salarié qui le conserve. Ce formulaire permet de satisfaire aux obligations relatives à la forme, au contenu et à la transmission du contrat de travail à durée déterminée, prévus aux articles L. 1242-12 et L. 1242-13 du code du travail. Les mentions obligatoires du contrat de travail et du bulletin de salaire figurent sur la DUS, ce qui permet donc de satisfaire aux obligations prévues par le code du travail en la matière.

Toutefois, les parties conservent la faculté d'établir un contrat de travail à durée déterminée sur un autre document conforme aux dispositions prévues aux articles L. 1242-1 et suivants du code du travail.

À défaut d'un contrat de travail établi conformément aux dispositions des articles L. 1242-1, L. 1242-12 et L. 1242-13 du code du travail, le troisième feuillet, remis au salarié au plus tard dans les deux jours suivant l'embauche, a valeur de contrat de travail, conformément à l'article L. 7122-24 du même code. Le contrat de travail conclu dans le cadre de ce dispositif reste soumis à l'ensemble de la réglementation relative au contrat de travail à durée déterminée, notamment en ce qui concerne la limitation des cas de recours ou les motifs de rupture anticipée du contrat à durée déterminée.

Le quatrième feuillet est conservé par l'employeur.

### *3.3. Attestation mensuelle d'emploi valant bulletin de salaire*

Sur la base des éléments déclarés par l'employeur sur la déclaration unique et simplifiée (DUS), le Guso délivre au salarié une attestation mensuelle d'emploi indiquant, notamment, le nom ou la dénomination ainsi que l'adresse du ou des employeurs, les nom et prénom du salarié, son numéro de sécurité sociale, l'emploi occupé, la période d'emploi, le montant brut de la rémunération, l'application ou non d'une déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels, le montant des cotisations et contributions salariales et patronales dues, la date de paiement de la rémunération, le montant de la rémunération nette à payer et nette imposable, du montant de la retenue à la source, ainsi qu'une mention invitant le salarié à conserver cette attestation sans limitation de durée.

En outre, pour les particuliers employeurs ayant choisi de ne pas cotiser aux Congés Spectacles, doit y figurer la mention de l'indemnité de congés payés égale à 10 % de la rémunération totale brute due au salarié, qu'ils ont versée directement au salarié en plus de son salaire.

L'attestation mensuelle d'emploi délivrée par le Guso au salarié vaut bulletin de salaire et libère l'employeur de l'obligation prévue à l'article L. 3243-2 du code du travail relative à la remise du bulletin de salaire, conformément à l'article L. 7122-26 du code du travail.

### *3.4. Congés Spectacles*

En application de l'article D. 7121-40 du code du travail, les employeurs visés aux articles D. 7121-28 et D. 7121-29 ont l'obligation de s'affilier à la caisse de congés spectacle.

Les employeurs affiliés à la caisse de congés spectacle versent la cotisation à AUDIENS. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération brute versée au salarié au titre du travail effectif exercé durant la période de référence, avant toute déduction forfaitaire spécifique

pour frais professionnels et toute retenue. Le taux de la cotisation est fixé à 15,40 % pour la période avril 2019-mars 2020. Le montant brut de l'indemnité de congés payés versée aux salariés correspond à 10 % de la base congé déclarée au cours de la période de référence.

Les particuliers employeurs, les associations et les entreprises non professionnelles du spectacle (qui n'ont pas pour activité principale ou pour objet l'exploitation de lieux de spectacles, de parcs de loisirs ou d'attraction, la production ou la diffusion de spectacle) ont la possibilité ou non de s'affilier à la caisse de congés spectacle.

Les employeurs qui choisissent de s'affilier versent une cotisation à Audiens de 15,40 % de la base de la rémunération brute versée au salarié au titre du travail effectif exercé durant la période de référence.

Le cas échéant, les employeurs non affiliés doivent verser l'indemnité compensatrice de congés payés (10 %) au salarié à l'issue du contrat.

#### **4. Le prélèvement à la source**

Le prélèvement à la source est applicable à tous les employeurs du Guso depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Le Guso joue un rôle d'intermédiaire entre l'employeur et la DGFIP.

#### **5. Taux et assiettes des cotisations et contributions sociales**

Les taux et assiettes applicables pour le calcul des cotisations et contributions sociales sont ceux en vigueur au moment de la période d'emploi.

Des tableaux récapitulatifs des taux applicables dans le cadre du Guso sont joints en annexe à la présente instruction. Ces taux sont donnés à titre indicatif et sont ceux en vigueur à la date du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

##### *5.1. Pour l'emploi des artistes*

L'employeur a la possibilité d'opter pour un dispositif de cotisation forfaitaire pour la sécurité sociale, sous réserve de remplir certaines conditions.

Lorsque l'employeur n'opte pas pour le dispositif de cotisation forfaitaire ou si les conditions requises ne sont pas remplies, les cotisations dues sont calculées sur la rémunération réellement due à l'artiste, avec application de taux et plafond spécifiques. Comme pour les autres salariés, sont applicables les particularités suivantes :

- les personnes non assujetties à la CSG et à la CRDS par application du critère fiscal mais relevant à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie sont redevables de la cotisation d'assurance maladie à leur charge au taux de 5,50 % pour les titulaires de revenus d'activité, soit 3,85 % pour les artistes après application du taux réduit de 70 % (*cf. infra*);
- pour les salariés bénéficiant du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, une cotisation salariale supplémentaire maladie au taux de 1,50 % en 2020, soit 1,05 % pour les artistes après application du taux réduit de 70 %, est due sur la totalité des rémunérations dans la limite cependant du plafond de la sécurité sociale.

En revanche, pour les retraités exerçant une activité relevant du Guso, l'ensemble des cotisations restent dues y compris les cotisations d'assurance vieillesse.

Dans tous les cas, les cotisations et contributions dues à Pôle emploi, l'AFDAS, AUDIENS, aux Congés Spectacles et au CMB sont calculées dans les conditions de droit commun, avec application dans certains cas de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels auxquels ont droit certains artistes, en accord avec leur employeur.

##### **5.1.1. Suppression en 2020 de l'option pour une cotisation forfaitaire**

Les employeurs relevant du Guso ont la possibilité de payer, pour l'emploi des seuls artistes du spectacle qu'ils rémunèrent et au titre des cotisations et contributions de sécurité sociale ainsi que de la contribution FNAL, une cotisation forfaitaire si les conditions prévues à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 2 juin 2000 modifié fixant les cotisations forfaitaires de sécurité sociale dues au titre de l'emploi des artistes du spectacle vivant participant à des spectacles occasionnels sont remplies.

La cotisation forfaitaire inclut l'ensemble des cotisations et contributions dues à l'URSSAF (cotisations de sécurité sociale, contribution solidarité autonomie, CSG, CRDS et contribution FNAL due par tous les employeurs).

Ces conditions sont les suivantes :

- les artistes du spectacle doivent être employés par une personne physique ou morale qui n'est pas inscrite au registre du commerce;

- l'employeur n'est pas titulaire d'une licence d'entrepreneur de spectacles vivants ;
- l'activité principale de l'employeur ne consiste pas à organiser de façon permanente, régulière ou saisonnière des manifestations artistiques. En conséquence, l'organisateur de festivals (collectivité locale ou association) qui recourt à une infrastructure dont la mission consiste, pour une durée saisonnière, régulière ou permanente, à produire des spectacles, est exclu du champ d'application de l'assiette forfaitaire ;
- le cachet versé à l'artiste du spectacle doit être inférieur, par représentation, à 25 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année. Le seuil de 25 % est apprécié avant application de la déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels (voir § 3.1.3).

Le montant de la cotisation est alors fixé forfaitairement, par représentation, à 2,5 fois le montant du plafond horaire de la sécurité sociale, la part mise à la charge de l'artiste étant fixée à 25 % de ce montant.

À titre d'exemple, en 2020, si le cachet versé à l'artiste auteur est inférieur par représentation à 857 €, le montant de la cotisation forfaitaire est égal à 65 € répartis à raison de 49 € pour la part patronale (75 %) et de 16 € pour la part salariale (25 %). Les règles d'arrondis sont effectuées selon la règle de l'article L. 133-10 du Code de la sécurité sociale, c'est-à-dire à l'euro le plus proche.

MONTANT au 1 <sup>er</sup> janvier 2020	PART EMPLOYEUR		PART SALARIALE	
	Quote-part	Montant	Quote-part	Montant
65 €	75 %	49 €	25 %	16 €

La cotisation forfaitaire pour la sécurité sociale sera supprimée au 1<sup>er</sup> juillet 2020. Une information sera disponible sur le site <https://www.guso.fr>.

#### 5.1.2. Assiette et taux applicables aux artistes, hors cotisation forfaitaire

Lorsque l'employeur d'un artiste du spectacle n'opte pas pour le dispositif de cotisation forfaitaire ou si les conditions requises ne sont pas remplies, les modalités de calcul des cotisations sont les suivantes (ces dispositions n'étant pas applicables aux techniciens du spectacle) :

##### a) Assiette

Les cotisations de sécurité sociale déplaçonnées (assurance maladie, assurance vieillesse déplaçonnée, allocations familiales, accidents du travail et maladies professionnelles) sont assises sur la rémunération réelle, quelle que soit la durée de la période d'engagement. Ces cotisations sont donc calculées sur la rémunération brute totale, éventuellement diminuée de la déduction forfaitaire pour frais professionnels à laquelle ont droit certains artistes.

En cas de période d'engagement continu inférieure à cinq jours, des règles spécifiques d'assiette demeurent applicables pour le seul calcul de la cotisation vieillesse plafonnée et de la contribution FNAL au taux de 0,10 % (l'organisateur occasionnel de spectacles vivants relevant du Guso est assimilé à un employeur de moins de 50 salariés en ce qui concerne le FNAL<sup>2</sup> et de ce fait, il n'est redevable que de la contribution FNAL à hauteur de 0,10 %).

Celles-ci sont calculées pour chaque journée de travail accomplie dans la limite de douze fois le taux horaire du plafond de sécurité sociale, soit 312 € en 2020, quels que soient le nombre d'heures et la nature du travail effectués dans ladite journée.

Toutefois, lorsque la rémunération brute allouée est inférieure à ce plafond, les cotisations sont calculées sur le salaire réel.

Par ailleurs, la CSG et la CRDS sont dues dans les conditions de droit commun, après application d'un abattement de 1,75 %.

##### b) Taux réduit

Le taux des cotisations et contributions dues à l'URSSAF, à l'exception de la CSG, CRDS et de la contribution solidarité autonomie, est fixé à raison de 70 % des taux de droit commun, conformément à l'arrêté du 24 janvier 1975 fixant le taux des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales dues au titre de l'emploi des artistes du spectacle. Ainsi le taux réduit est applicable aux cotisations de sécurité sociale, ainsi qu'à la contribution FNAL plafonnée. L'organisateur occasionnel

<sup>2</sup> Le seuil passe à 50 salariés au 1<sup>er</sup> janvier 2020.

de spectacles vivants relevant du Guso est assimilé à un employeur occupant moins de 11 salariés et de ce fait, il n'est redevable ni de la contribution FNAL sur la totalité de la rémunération ni du versement destiné au financement des transports en commun.

Ce taux spécifique, qui exclut l'application de la réduction générale des cotisations patronales prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, s'applique obligatoirement à toutes les rémunérations versées aux artistes du spectacle, quel que soit le nombre de cachets perçus au cours de la période correspondante pour le compte d'un ou plusieurs autres employeurs.

### 5.1.3. Déduction forfaitaire pour frais professionnels

En application de l'article 9 de l'arrêté du 20 décembre 2002 modifié, relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale<sup>3</sup>, lorsque l'artiste du spectacle exerce une des professions désignées à l'article 5 de l'annexe IV du code général des impôts, dans sa rédaction en vigueur au 31 décembre 2000, l'employeur peut calculer les cotisations de sécurité sociale en appliquant les déductions forfaitaires spécifiques prévues à cette annexe.

Les déductions forfaitaires sont les suivantes :

25 % pour les artistes dramatiques, lyriques et chorégraphiques ;

20 % pour les artistes musiciens, les choristes, les chefs d'orchestres et les régisseurs de théâtre.

Les chanteurs de variétés qui animent des spectacles dans lesquels ils tiennent un rôle principal peuvent être regardés comme des artistes lyriques au sens de l'article 5 de l'annexe IV du code général des impôts et ont droit en conséquence à la déduction forfaitaire spécifique (arrêt du Conseil d'État du 10 février 1993, n° 132115). En revanche, les autres artistes de variétés (clowns, prestidigitateurs, etc.) ne peuvent pas en bénéficier. De même, les ouvriers, les techniciens et les artistes de variétés autres que les chanteurs de variétés ne bénéficient pas de ces déductions.

L'employeur peut opter pour la déduction forfaitaire spécifique lorsqu'une convention ou un accord collectif du travail l'a explicitement prévu ou lorsque le comité d'entreprise ou les délégués du personnel ont donné leur accord. À défaut, il appartiendra à chaque salarié d'accepter ou non cette option. Celle-ci pourra figurer alors soit dans le contrat de travail ou un avenant au contrat de travail, soit faire l'objet d'une procédure mise en œuvre par l'employeur consistant à informer chaque salarié individuellement par lettre recommandée avec accusé de réception de ce dispositif et de ses conséquences sur la validation de ses droits, accompagné d'un coupon réponse d'accord ou de refus à retourner par le salarié. La consultation ainsi effectuée vaut accord définitif du salarié (cf. circulaire ministérielle du 7 janvier 2003 précitée).

Lorsque la déduction forfaitaire spécifique est pratiquée, il convient d'intégrer dans la rémunération du salarié les avantages en nature, les primes, les indemnités et les gratifications acquises aux intéressés, y compris, le cas échéant, les indemnités versées au titre de remboursement de frais professionnels.

Cependant, n'entrent pas dans cette assiette globale :

- les indemnités journalières de « défraiements » versées aux artistes dramatiques, lyriques et chorégraphiques ainsi qu'aux régisseurs de théâtre, qui participent à des tournées théâtrales, en vue de couvrir leurs frais de logement et de nourriture ;
- les allocations et remboursements de frais perçus par les chefs d'orchestre, musiciens et choristes, à l'occasion de leurs déplacements professionnels en France et à l'étranger. Il en est de même pour les répétitions effectuées dans le cadre de ces déplacements ;
- la prise en charge obligatoire par les employeurs de 50 % du coût des titres de transport en commun utilisé par les salariés pour effectuer les trajets domicile-lieu de travail<sup>4</sup>. De même, la prime de transport instituée par l'arrêté du 28 septembre 1948 et applicable en région parisienne et en province peut être admise dans la limite de 4 €. Les sommes versées en plus doivent être réintégrées dans l'assiette de cotisations ;
- la contribution patronale à l'acquisition des titres restaurant dans la limite de 5,55 € (valeur en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2020) par titre et lorsque le montant de la participation de l'employeur est compris entre 50 % et 60 % de la valeur du titre.

<sup>3</sup> L'arrêté et la circulaire n° DSS/SDFSS/5B/2003/07 du 7 janvier 2003 sur la mise en œuvre de l'arrêté du 10 décembre 2002 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale sont disponibles sur le site internet : [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr).

<sup>4</sup> Cf. circulaire interministérielle n° DSS/DGT/5B/2009/30 du 28 janvier 2009 portant application de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 relatif aux frais de transport entre la résidence habituelle et le lieu de travail des salariés.

Lorsque ces indemnités sont remboursées sous forme forfaitaire, elles sont exonérées dans les limites prévues par l'article 5 de l'arrêté du 20 décembre 2002 modifié et de celles fixées par l'annexe salaire à la convention collective qui leur est applicable. En cas de remboursement sur justificatifs, elles sont exonérées dans la limite des dépenses réellement engagées<sup>5</sup>.

La déduction forfaitaire spécifique pour frais professionnels est limitée à 7 600 € par année civile (article 9 de l'arrêté du 20 décembre 2002 modifié).

La déduction forfaitaire spécifique est applicable pour le calcul des cotisations de sécurité sociale ainsi que pour le calcul des cotisations et contributions dues à AUDIENS, l'AFDAS et au centre médical de la Bourse.

En revanche, la déduction forfaitaire spécifique n'est pas applicable pour le calcul de la CSG et CRDS pour lesquelles seul un abattement représentatif de frais professionnels de 1,75 % est autorisé<sup>6</sup>, dans la limite d'un montant inférieur à 4 fois le plafond de la sécurité sociale. La CSG et la CRDS sont assises notamment sur les traitements, salaires et toutes sommes versées en contre-partie ou à l'occasion du travail évaluées selon les règles fixées à l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, comprenant notamment l'évaluation des avantages en nature et les allocations ou indemnités de toute nature. Les remboursements de frais professionnels ne doivent pas être intégrés dans l'assiette de la CSG et CRDS.

De même, la déduction forfaitaire spécifique n'est pas applicable pour le calcul des cotisations et contribution dues aux Congés Spectacles.

Par ailleurs, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, la déduction forfaitaire spécifique n'est plus applicable pour le calcul des cotisations et contributions dues à Pôle emploi.

## 5.2. Pour l'emploi des ouvriers et techniciens

C'est le régime de droit commun qui s'applique: les cotisations et contributions dues sont calculées sur la rémunération réellement versée.

La CSG et la CRDS sont dues dans les conditions de droit commun, après application d'un abattement de 1,75 % pour un montant inférieur à 4 fois le plafond de la sécurité sociale.

## 5.3. Taux particuliers applicables tant aux artistes qu'aux ouvriers et techniciens

S'agissant de spectacles organisés par des employeurs qui n'ont pas pour activité principale ou pour objet le spectacle, des mesures de simplification ont été retenues.

### 5.3.1. Taux de la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles

Pour les artistes, le taux correspond à celui fixé pour le code risque 92.3 AD (Services annexes des spectacles (tout intermittent du spectacle), soit à 1,70 % (au 1<sup>er</sup> janvier 2020) ramené à 1,19 % après application des taux réduits.

Pour les ouvriers et techniciens, le taux applicable est celui du code risque 92.3AD soit 1,70 %.

### 5.3.2. Contribution supplémentaire due au FNAL et versement de transport

Seule la contribution FNAL plafonnée due par tous les employeurs, quel que soit leur effectif, est à acquitter. Pour les ouvriers et techniciens, le taux de cette contribution est fixé à 0,10 %. Pour les artistes, ce taux est égal à 0,07 % après application du taux réduit de 70 %.

## 6. Date de paiement des cotisations et contributions sociales

Les déclarations et les cotisations et contributions sociales sont exigibles au plus tard quinze jours après la fin du contrat de travail, conformément à l'article L. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, et doivent être adressées globalement au Guso (un seul versement, accompagné du second volet de la déclaration d'embauche unique et simplifiée prévue pour l'emploi des artistes, des ouvriers et des techniciens du spectacle), par carte bancaire, prélèvement sur ordre, virement ou chèque bancaire.

En cas de déclaration dématérialisée, les mêmes modalités de paiement peuvent être utilisées. Les employeurs doivent alors joindre à leur paiement le document prévu à cet effet sur internet qu'ils devront imprimer. Les employeurs ont aussi la possibilité de visualiser leurs paiements sur leur « compte » Guso.

<sup>5</sup> Cf. circulaire n° DSS/SDFSS/5B/2005/389 du 19 août 2005 relative à la publication des quatre questions-réponses concernant la mise en œuvre de la réforme et de la réglementation des avantages en nature et des frais professionnels introduite par les arrêtés des 10 et 20 décembre 2002 modifiés et la circulaire du 7 janvier 2003 modifiée.

<sup>6</sup> Cf. premier alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale.



Le Guso reverse les cotisations et contributions aux six organismes sociaux destinataires dans les conditions fixées par les conventions prévues par l'article L. 133-9-1 du code de la sécurité sociale.

## **7. Contentieux du recouvrement**

Le recouvrement est effectué par le Guso selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des contributions d'assurance chômage, conformément à l'article L. 133-9-2 du code de la sécurité sociale.

Le recours contentieux contre une décision du Guso doit être précédé d'un recours administratif préalable obligatoire (L. 142-4 du code de la sécurité sociale).

Certaines règles spécifiques au Guso sont néanmoins prévues par les textes :

- il est appliqué une majoration de retard de 6 % du montant des cotisations et contributions non versées à la date d'exigibilité. Cette majoration de retard, qui fait l'objet d'une notification comportant sa motivation, est augmentée de 1 % du montant des cotisations et contributions dues par mois ou fraction de mois écoulé, après l'expiration d'un délai de trois mois à compter de la date limite d'exigibilité des cotisations et contributions définie au point 4. ci-dessus ;
- le directeur de l'organisme en charge du Guso statue sur les demandes de remise des majorations de retard formulées par lettre dûment motivée par les employeurs. Ces demandes ne sont recevables qu'après règlement de la totalité des cotisations et contributions ayant donné lieu à application des majorations, à condition d'avoir été formulées dans les six mois suivant la date de règlement de ces cotisations et contributions.

En cas de remise partielle, les majorations de retard dues aux organismes partenaires du guichet unique sont remises dans une proportion identique ;

- les sûretés applicables sont celles prévues en matière de sécurité sociale. En cas de litige afférent à l'application ou à l'interprétation d'une disposition législative ou réglementaire propre à un des organismes partenaires, le Guso est invité à recueillir auprès de celui-ci toutes instructions nécessaires à la poursuite de l'action contentieuse et pourra en fonction de la situation faire intervenir à l'instance l'organisme partenaire concerné.

## **8. Contrôle**

Les agents chargés du contrôle (inspecteurs du recouvrement et contrôleurs du recouvrement) des URSSAF et des CGSS sont chargés du contrôle de l'application par les employeurs de la législation et de la réglementation relatives au Guso. De plus, les inspecteurs du recouvrement sont habilités à rechercher et à verbaliser les infractions de travail dissimulé. À ce titre, ils sont autorisés à communiquer des renseignements aux agents habilités à verbaliser au titre du travail illégal et à en recevoir de ces derniers.

Les contrôles sont programmés dans le cadre du plan général de contrôle des URSSAF et des CGSS.

À cette fin, le Guso transmet chaque année à l'ACOSS, avant le 1<sup>er</sup> novembre, la liste des dossiers susceptibles d'être inscrits au plan de contrôle ainsi que les informations motivant ses propositions.

En matière de lutte contre le travail dissimulé, l'efficacité de l'action repose notamment sur la rapidité de l'intervention, dès lors que les infractions sont présumées.

Pour ce qui est des autres infractions relatives au travail illégal, le Guso transmet sans attendre à la Délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF) et à la Direction générale du travail (DGT) la liste des dossiers pour lesquels une action rapide lui apparaît souhaitable.

## **9. Date d'entrée en vigueur**

La présente instruction remplace celle du 5 août 2009, dès sa réception par ses destinataires qui en assureront une diffusion la plus large possible.

Vous voudrez bien nous faire part des éventuelles difficultés soulevées par l'application de la présente instruction :

- direction de la sécurité sociale, sous-direction du financement de la sécurité sociale, bureau de la législation financière (5B) : [dss-sd5-bureau5b@sante.gouv.fr](mailto:dss-sd5-bureau5b@sante.gouv.fr) ;
- délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle, sous-direction des mutations économiques et de la sécurisation de l'emploi, mission indemnisation du chômage : [eleonore.laffay@emploi.gouv.fr](mailto:eleonore.laffay@emploi.gouv.fr) ;

- direction générale de la création artistique, sous-direction de l'emploi, de l'enseignement supérieur et de la recherche, bureau de l'emploi:  
[christian-lucien.martin@culture.gouv.fr](mailto:christian-lucien.martin@culture.gouv.fr)  
[sdeesr-besv.dgca@culture.gouv.fr](mailto:sdeesr-besv.dgca@culture.gouv.fr)

Pour la ministre et par délégation:

*Le délégué général à l'emploi  
et à la formation professionnelle,*  
B. LUCAS

*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

Pour le ministre et par délégation:  
*La directrice générale de la création artistique,*  
S. TARSOT-GILLERY

ANNEXE

TAUX DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES APPLICABLES  
DANS LE CADRE DU GUICHET UNIQUE POUR LE SPECTACLE VIVANT (GUSO)

Pour l'emploi d'un artiste du spectacle non cadre

*Cotisation forfaitaire pour la sécurité sociale jusqu'à suppression du dispositif au 1<sup>er</sup> juillet 2020*

COTISATION FORFAITAIRE URSSAF – du 1 <sup>er</sup> janvier 2020 au 30 juin 2020	MONTANT MAXIMUM du cachet par représentation	PART EMPLOYEUR		PART SALARIALE	
		Quote-part	Montant	Quote-part	Montant
	25 % du plafond SS	75 %	49 €	25 %	16 €
Montant total		65 €			

Observations :

Sur les conditions requises pour bénéficier de ce dispositif, cf. § 5.1.1 de la présente instruction.

En outre, les autres cotisations et contributions (Pôle emploi, AUDIENS, AFDAS, CMB et Congés Spectacles) sont dues.

*Taux et assiette des cotisations et contributions sociales,  
hors option pour la cotisation forfaitaire*

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS		ASSIETTE <sup>1</sup>	TAUX EN VIGUEUR AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020 <sup>2</sup>		
			Part salariale	Part patronale	Total
URSSAF					
Cotisations de sécurité sociale	Maladie, maternité, invalidité, décès <sup>3</sup>	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC	0 %	4,90 %	4,90 %
	Maladie, maternité, invalidité, décès <sup>3</sup>	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations supérieures à 2,5 SMIC	0 %	9,10 %	9,10 %
	Vieillesse déplafonnée	Sur la totalité de la rémunération brute	0,28 %	1,33 %	1,61 %
	Vieillesse plafonnée	Dans la limite du plafond SS	4,83 %	5,99 %	10,82 %
	Allocations familiales	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC		2,42 %	2,42 %
	Allocations familiales	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations supérieures à 3,5 SMIC		3,68 %	3,68 %
	Accidents du travail <sup>3</sup>	Sur la totalité de la rémunération brute		1,19 %	1,19 %
Contribution solidarité autonomie		Sur la totalité de la rémunération brute		0,30 %	0,30 %
CSG		Sur 98,25 % de la rémunération brute dans la limite de 4 plafonds SS	9,20 %		9,20 %
CRDS		Sur 98,25 % de la rémunération brute dans la limite de 4 plafonds SS	0,50 %		0,50 %
FNAL (tout employeur)		Dans la limite du plafond SS		0,07 %	0,07 %



COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS	ASSIETTE <sup>1</sup>	TAUX EN VIGUEUR AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020 <sup>2</sup>		
		Part salariale	Part patronale	Total
Contribution au dialogue social	Sur la totalité de la rémunération brute		0,016 %	0,016 %
Total (rémunérations inférieures à 2,5 SMIC)		14,81 %	16,22 %	31,03 %
Pôle emploi				
Assurance chômage	Dans la limite de 4 plafonds SS	2,40 %	9,05 %	11,45 %
AGS (assurance garantie des salaires) <sup>4</sup>	Dans la limite de 4 plafonds SS		0,15 %	0,15 %
Total				11,60 %
AUDIENS <sup>5</sup>				
Retraite complémentaire Artiste intermittent du spectacle non cadre	Tranche 1 annuelle <sup>6</sup>	4,44 %	4,45 %	8,89 %
	Tranche 2 annuelle	10,79 %	10,80 %	21,59 %
Retraite complémentaire Artiste intermittent du spectacle cadre	Tranche 1 journalière <sup>7</sup>	3,93 %	3,94 %	7,87 %
	Tranche 2 journalière	8,64 %	12,95 %	21,59 %
Contribution d'équilibre général (CEG) Artiste intermittent	Tranche 1 annuelle (pour les non cadres) ou journalière (pour les cadres)	0,86 %	1,29 %	2,15 %
	Tranche 2 annuelle (pour les non cadres) ou journalière (pour les cadres)	1,08 %	1,62 %	2,70 %
Contribution d'équilibre technique (CET) (due si salaire supérieur à T1 annuelle)	T1 + T2 annuelle (pour les non cadres) ou journalière (pour les cadres)	0,14 %	0,21 %	0,35 %
APEC pour les techniciens cadres	Tranche 1 journalière	0,024 %	0,036 %	0,06 %
Total pour un salarié non cadre (rémunération inférieure à 1 PASS)				11,04 %
Total pour un salarié cadre (rémunération inférieure à 1 PASS)				10,08 %
AFDAS	Sur la totalité de la rémunération brute		2,15 %	2,15 %
Centre médical de la Bourse (CMB)	Sur la totalité de la rémunération brute		0,38 %	0,38 %
Congés Spectacles	Sur la totalité de la rémunération brute		15,40 %	15,40 %

Observations :

<sup>1</sup> Une déduction forfaitaire spécifique de 20 % ou 25 % est applicable à certains artistes pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, ainsi que des cotisations dues, à AUDIENS, à l'AFDAS et au CMB (cf. 5.1.3 de la présente instruction).

<sup>2</sup> Les taux mentionnés incluent le taux réduit de 70 % (cf. 5.1.2 de la présente instruction).

<sup>3</sup> Pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une cotisation supplémentaire d'assurance maladie, à la charge du salarié, au taux de 1,05 % (après application du taux réduit de 70 %) est due. Dans ces mêmes départements, le taux de la cotisation d'accidents du travail-maladies professionnelles est égal 1,89 % pour 2020, après application du taux réduit.

<sup>4</sup> Les employeurs publics et les particuliers employeurs ne sont pas redevables de la cotisation AGS.

<sup>5</sup> Pour déterminer les tranches T1 et T2, ce sont les plafonds annuels de la sécurité sociale qui doivent être retenus, quelle que soit la durée du travail. Soit pour 2020 :

– T1 (fraction du salaire du 1<sup>er</sup> euro au plafond de la sécurité sociale) = 41 136 € ;

– T2 (fraction du salaire entre le plafond de la sécurité sociale et 8 fois ce plafond) = 287 952 €.

<sup>6</sup> Pour les intermittents non cadres, ce sont les plafonds annuels des tranches T1 et T2 qui sont retenus, quelle que soit la durée du travail

<sup>7</sup> Pour les intermittents cadres, c'est le plafond journalier qui est retenu.

**Pour l'emploi d'un ouvrier ou technicien non cadre**

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS		ASSIETTE	TAUX EN VIGUEUR AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020		
			Part salariale	Part patronale	Total
URSSAF					
Cotisations de sécurité sociale	Maladie, maternité, invalidité, décès¹	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations inférieures à 2,5 SMIC	0 %	7 %	7 %
	Maladie, maternité, invalidité, décès¹	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations supérieures à 2,5 SMIC	0 %	13 %	13 %
	Vieillesse déplafonnée	Sur la totalité de la rém. brute	0,40 %	1,90 %	2,30 %
	Vieillesse plafonnée	Dans la limite du plafond SS	6,90 %	8,55 %	15,45 %
	Allocations familiales	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC		3,45 %	3,45 %
	Allocations familiales	Sur la totalité de la rémunération brute pour les rémunérations supérieures à 3,5 SMIC		5,25 %	5,25 %
	Accidents du travail¹	Sur la totalité de la rém. brute		1,70 %	1,70 %
Contribution solidarité autonomie		Sur la totalité de la rém. brute		0,30 %	0,30 %
CSG		Sur 98,25 % de la rém. brute inférieure dans la limite de 4 plafonds SS	9,20 %		9,20 %
CRDS		Sur 98,25 % de la rém. brute dans la limite de 4 plafonds SS	0,50 %		0,50 %
FNAL (employeurs de moins de 50 salariés)		Dans la limite du plafond SS		0,10 %	0,10 %
Contribution au dialogue social		Sur la totalité de la rémunération brute		0,016 %	0,016 %
Total (pour rémunérations inférieures à 2,5 SMIC)			17 %	23,02 %	40,02 %
Pôle emploi					
Assurance chômage		Dans la limite de 4 plafonds SS	2,40 %	9,05 %	11,45 %
AGS (assurance garantie des salaires)²		Dans la limite de 4 plafonds SS		0,15 %	0,15 %
Total					11,60 %
AUDIENS					
Retraite complémentaire techniciens intermittents non cadres		Tranche 1 annuelle	3,93 %	3,94 %	7,87 %
Retraite complémentaire techniciens intermittents non cadres		Tranche 2 annuelle	10,79 %	10,80 %	21,59 %
Retraite complémentaire techniciens intermittents cadres		Tranche 1 journalière	3,93 %	3,94 %	7,87 %
Retraite complémentaire techniciens intermittents cadres		Tranches 2 journalière	8,64 %	12,95 %	21,59 %
Contribution d'équilibre général (CEG) salariés non cadre	Tranche 1 annuelle (pour les non cadres) ou journalière (pour les cadres)		0,86 %	1,29 %	2,15 %
	Tranche 2 annuelle (pour les non cadres) ou journalière (pour les cadres)		1,08 %	1,62 %	2,70 %

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS	ASSIETTE	TAUX EN VIGUEUR AU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2020		
		Part salariale	Part patronale	Total
Contribution d'équilibre technique (CET) pour les salariés non cadres et les cadres (due si salaire supérieur à T1 annuelle)	T1 + T2 annuelle (non cadres) ou journalière (cadres)	0,14 %	0,21 %	0,35 %
APEC <sup>3</sup> pour les techniciens cadres	T1 journalière	0,024 %	0,036 %	0,06 %
Total pour un technicien cadre (rémunération inférieure à 1 PASS)				10,08 %
Total pour un technicien non-cadre (rémunération inférieure à 1 PASS)				10,02 %
AFDAS	Sur la totalité de la rém. brute		2,15 %	2,15 %
Centre médical de la Bourse (CMB)	Sur la totalité de la rém. brute		0,38 %	0,38 %
Congés Spectacles	Sur la totalité de la rém. brute		15,40 %	15,40 %
Observations : <sup>1</sup> Pour les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, une cotisation supplémentaire d'assurance maladie, à la charge du salarié, au taux de 1,50 % est due sur la totalité de la rémunération. Dans ces mêmes départements, le taux de la cotisation d'accidents du travail-maladies professionnelles est égal 2,7 % pour 2020. <sup>2</sup> Les employeurs publics et les particuliers employeurs ne sont pas redevables de la cotisation AGS. <sup>3</sup> Association pour l'emploi des cadres.				

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV  
Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : SSAX2030015K

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CARSAT/CGSS	DATE DE DÉLIVRANCE de l'autorisation provisoire
CHEYLAN	Jérôme	03/05/1979	Carsat Sud-Est	04/12/2019

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV  
Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : SSAX2030016K

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	CARSAT/CGSS	DATE d'assermentation	DATE DE DÉLIVRANCE de l'agrément définitif
MOULIN	Cindy	07/01/1982	Carsat Nord-Est	10/09/2019	20/12/2019
GOMIS	Kindiaba	06/12/1981	Cnav	19/03/2019	06/12/2019

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : SSAX2030036K

PRÉNOM	NOM	DATE de naissance	CAF	DATE d'assermentation	DATE DE DÉLIVRANCE de l'agrément définitif
Jordane	DUCREUX	24 juin 1967	Allier	21 mars 2019	14 octobre 2019
Morade	M'RAD	10 juin 1980	Alpes-de-Haute-Provence	7 mai 2019	7 novembre 2019
Isabelle	JARDINIER	1 <sup>er</sup> janvier 1971	Aude	11 février 2019	27 septembre 2019
Angélique	MARTIN	17 mars 1978	Haut-Rhin	9 mai 2019	11 octobre 2019
Cédric	DELPHIN-POULAT-AGUETTAND	9 mai 1983	Haute-Savoie	29 avril 2019	6 novembre 2019
Véronique	BARRIERE	10 octobre 1976	Haute-Vienne	17 juin 2019	19 novembre 2019
Julie	PICARD	22 juin 1987	Oise	11 mars 2019	6 novembre 2019
Patxi	JUILLON	23 septembre 1990	Rhône	19 mars 2019	11 octobre 2019
Caroline	DE VASSOIGNE	1 <sup>er</sup> mai 1984	Rhône	19 mars 2019	11 octobre 2019
Elodie	POURTET	1 <sup>er</sup> juin 1984	Seine-Saint-Denis	24 octobre 2018	15 novembre 2019
Yasmine	SALAM	3 janvier 1990	Seine-Saint-Denis	24 octobre 2018	15 novembre 2019
Noëlli	DAVID	20 août 1984	Val-de-Marne	10 décembre 2018	12 novembre 2019
Johann	RITCHIE	27 mars 1988	Val-d'Oise	27 juin 2019	22 novembre 2019
Anémone	PEPHILY	18 mai 1991	Val-d'Oise	27 juin 2019	22 novembre 2019
Ayse	KARAL	10 mai 1979	Var	9 mai 2019	24 octobre 2019

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAF  
Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : SSAX2030037K

PRÉNOM	NOM	DATE de naissance	CAF	DATE DE DÉLIVRANCE de l'autorisation provisoire
Marie-Paule	BEVERAGGI	18 mai 1974	Bouches-du-Rhône	20 janvier 2020
Elodie	LIENARD	12 juillet 1979	Bouches-du-Rhône	20 janvier 2020
Svanhild	MARIVEL	15 septembre 1978	Calvados	20 janvier 2020
Sébastien	LORIER	27 mars 1987	Calvados	20 janvier 2020
Hélène	VEAU	30 décembre 1983	Charente	20 janvier 2020
Doris	SONNY	9 novembre 1982	Guyane	20 janvier 2020
Melody	IZEROS	5 décembre 1989	Guyane	20 janvier 2020
Christelle	VERDEIL	19 février 1979	Hérault	24 janvier 2020
Yohann	BARRIERE	5 octobre 1984	Haute-Vienne	20 janvier 2020
Anne-Laure	RIGAL	5 août 1981	Loire	20 janvier 2020
Dominique	ALEXANDRE	3 mai 1972	Loire	20 janvier 2020
Hervé	FABREGE	28 mai 1973	Loire	20 janvier 2020
Bruno	DEMOLDER	28 septembre 1970	Oise	20 janvier 2020
Léonie	MERLOT	14 novembre 1990	Paris	20 janvier 2020
Pamela	LAUVERJAT	16 janvier 1989	Paris	20 janvier 2020
Margaux	FLEURET	2 octobre 1989	Paris	20 janvier 2020
Lennie	VEILLON	25 mars 1984	Sarthe	20 janvier 2020
Marie Claudine	RAVEAU	3 février 1996	Réunion	29 janvier 2020
Jean Didier	FOCK	18 septembre 1977	Réunion	29 janvier 2020
Géraldine	DEMUYSER	31 mai 1969	Rhône	20 janvier 2020
Sara	LAMOUREUX	26 octobre 1977	Rhône	20 janvier 2020
Aurélien	DUBOIS	31 juillet 1981	Seine-Maritime	20 janvier 2020
Cinda	SOUMRI	23 septembre 1995	Val-d'Oise	20 janvier 2020
Jennifer	FORCINAL	9 décembre 1979	Vaucluse	20 janvier 2020
Emilie	DOS-SANTOS	8 juillet 1985	Vienne	20 janvier 2020
Lydiane	NEHIN	20 août 1987	Yvelines	20 janvier 2020
Hafida	LALEDJ HAMLAOUI	5 juin 1973	Nord	23 janvier 2020
Sophia	AMGHAR	24 février 1989	Seine-Saint-Denis	27 janvier 2020

## PROTECTION SOCIALE

### SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAM  
Caisse nationale d'assurance maladie

**Liste des agents de contrôle de la branche maladie-accidents du travail/maladies professionnelles 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 : SSAX2030043K

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	ORGANISME	DATE autorisation provisoire	DATE d'agrément définitif	DATE d'assermentation
RINCON	Sandrine	20/07/1971	CPAM DE SEINE-ET-MARNE	01/04/2019	24/01/2020	07/12/2012
DUBOIS	Jessica	27/09/1984	CGSS GUYANE	13/12/2018	19/03/2019	13/12/2019
CLERC	Mathieu	22/12/1974	CPAM DE PARIS	Néant	24/01/2020	29/04/2008
BERNAND	Sébastien	29/05/1984	CPAM DE LA LOIRE	28/10/2019	24/01/2020	01/10/2019
COUNIL	David	17/05/1978	CPAM DE LA HAUTE-VIENNE	07/11/2029	24/01/2020	08/01/2020
BEGNANA	Aurore	6/07/1993	CPAM D'ILLE-ET-VILAINE	28/10/2019	24/01/2020	02/12/2019
MAITRE-GUIGNERAT	Adeline	18/07/1995	CPAM DE L'INDRE	07/10/2019	24/01/2020	15/11/2019



## PROTECTION SOCIALE

### ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision n° DS-2020-02 du 28 janvier 2020 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAS2030025S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 11 mai 2018 de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

La directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Aicha KRISSEANE, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

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

##### *Provisions et décisions définitives d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

#### Article 2

##### *Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

#### Article 3

##### *Délégation temporaire*

La présente décision prend effet le 28 janvier 2020 et prendra fin le 19 janvier 2021.

#### Article 4

##### *Publication*

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site internet du FIVA.

Fait le 28 janvier 2020.

*La directrice du fonds d'indemnisation  
des victimes de l'amiante,*  
PASCALE ROMENTEAU

## PROTECTION SOCIALE

### ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision n° DS-2020-03 du 28 janvier 2020 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAS2030026S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 11 mai 2018 de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement ;

La directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Déborah LOUZOUN, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

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

##### *Provisions et décisions définitives d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

#### Article 2

##### *Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

#### Article 3

##### *Délégation temporaire*

La présente décision prend effet le 28 janvier 2020 et prendra fin le 31 août 2020.

#### Article 4

##### *Publication*

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité* et sur le site internet du FIVA.

Fait le 28 janvier 2020.

*La directrice du fonds d'indemnisation  
des victimes de l'amiante,*  
PASCALE ROMENTEAU

## PROTECTION SOCIALE

### ACCIDENTS DU TRAVAIL

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

#### **Décision n° DS-2020-04 du 28 janvier 2020 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante**

NOR : SSAS2030027S

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 11 mai 2018 de la ministre des solidarités et de la santé et du ministre de l'action et des comptes publics portant nomination de Mme Pascale ROMENTEAU comme directrice du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

La directrice du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anne-Xavier NOBIS, en sa qualité de responsable du service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

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

##### *Provisions et décisions définitives d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

#### Article 2

##### *Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation*

Délégation est donnée pour signer les lettres et plus généralement tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1<sup>er</sup> ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

#### Article 3

##### *Délégation temporaire*

La présente décision prend effet le 1<sup>er</sup> février 2020 et prendra fin le 31 mars 2021.

#### Article 4

##### *Publication*

La présente décision, qui abroge la délégation du 3 juin 2019, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site internet du FIVA.

Fait le 28 janvier 2020.

*La directrice du fonds d'indemnisation  
des victimes de l'amiante,*  
PASCALE ROMENTEAU

## PROTECTION SOCIALE

### PRESTATIONS FAMILIALES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ACTION  
ET DES COMPTES PUBLICS

*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction de l'accès aux soins,  
des prestations familiales et des accidents du travail

Bureau des prestations familiales  
et des aides au logement

**Instruction interministérielle n° DSS/SD2B/2020/33 du 18 février 2020 relative à la revalorisation au 1<sup>er</sup> avril 2020 des prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et dans le département de Mayotte**

NOR : SSAS2005144J

*Date d'application* : 1<sup>er</sup> avril 2020.

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

*Résumé* : revalorisation des prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et dans le département de Mayotte à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020 selon les modalités prévues à l'article 81 de la loi n° 2019-1146 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

*Mots clés* : revalorisation des prestations familiales – montants des prestations familiales.

*Références* :

Articles L. 161-25, L. 551-1, L. 755-3, L. 755-11, L. 755-33, R. 523-7, D. 521-1, D. 521-2, D. 522-1, D. 522-2, D. 531-1, D. 531-2, D. 531-3, D. 531-4, D. 531-14-1, D. 531-18, D. 531-23, D. 531-23-1, D. 541-1, D. 541-2, D. 541-4, D. 542-34, D. 543-1, D. 544-6, D. 544-7, D. 755-5, D. 755-6, D. 755-8 et D. 755-11 du code de la sécurité sociale ;

Article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Article 81 de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ;

Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte ;

Décret du 29 mars 2002 relatif aux prestations familiales à Mayotte ;

Décret n° 2017-551 du 14 avril 2017 relatif au complément familial et au montant majoré du complément familial mentionnés aux articles L. 755-16 et L. 755-16-1 du code de la sécurité sociale.

*Annexe* :

Montants des prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin (avant précompte de la CRDS) et dans le département de Mayotte au 1<sup>er</sup> avril 2020, arrondis au centième d'euro le plus proche.

*Le ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales ; Monsieur le directeur de la caisse centrale de Mutualité sociale agricole.*

Conformément à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, le montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année, par application du coefficient mentionnée à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Au titre de l'année 2020, l'article 81 de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale a prévu, par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-25, une revalorisation de 0,3 % du montant des prestations relevant de cet article.

Le montant précité de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), en pourcentage duquel sont fixés les montants des prestations familiales, est ainsi porté de 413,16 € à 414,4 € au 1<sup>er</sup> avril 2020.

Des règles spécifiques s'appliquent par ailleurs aux prestations familiales suivantes en métropole tout comme dans les collectivités de Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et à Saint-Martin :

- l'article 37 de la LFSS pour 2018 a prévu une mesure d'harmonisation du barème de l'allocation de base (AB), de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption sur celui du complément familial. Cette réforme est applicable aux enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018 et en conséquence à l'ensemble des enfants à compter du 1<sup>er</sup> avril 2021.

En revanche, elle ne s'applique pas aux familles au titre des enfants à leur charge nés ou adoptés jusqu'au 31 mars 2018. Au titre de ces enfants, les montants de l'AB (à taux plein et à taux partiel), de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption sont maintenus à leur niveau en vigueur au 1<sup>er</sup> avril 2013, conformément aux dispositions de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Ces familles se voient toutefois appliquer les nouvelles dispositions au titre d'une nouvelle naissance ou adoption intervenant à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018 ;

- le montant du sixième complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), revalorisé de la même manière que les pensions mentionnées à l'article L. 341-6 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une revalorisation de 0,3 % au 1<sup>er</sup> avril 2020 qui le porte de 1 121,92 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2019 à 1 125,29 € par mois au 1<sup>er</sup> avril 2020.

D'autre part, dans les collectivités de Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin, conformément à l'article 25 de la loi du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique, les montants respectifs du complément familial et de son montant majoré sont alignés sur ceux de la métropole à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020.

Enfin, le montant des allocations familiales pour les familles de deux enfants et plus connaît dans le département de Mayotte une dernière majoration exceptionnelle au 1<sup>er</sup> janvier 2021 liée à la mise en œuvre du plan de convergence qui s'achèvera à cette date.

Les tableaux annexés ont pour objet d'indiquer aux organismes débiteurs des prestations familiales le montant des prestations familiales (avant le précompte de la contribution au remboursement de la dette sociale) applicable pour procéder à la liquidation des prestations familiales à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020 en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin. Ces montants sont arrondis au centième d'euro le plus proche ; il en est de même lorsqu'il s'agit du service d'une allocation différentielle.

Ils indiquent les montants relatifs aux allocations familiales, à l'allocation de rentrée scolaire, à l'AEEH (allocation de base, complément et majoration pour parent isolé), au complément familial et à son montant majoré sur la période du 1<sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021 dans le département de Mayotte.

Je vous demande de bien vouloir transmettre à la connaissance des organismes débiteurs les présentes instructions.

Pour les ministres et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

## ANNEXE

### MONTANTS DES PRESTATIONS FAMILIALES SERVIES EN MÉTROPOLE, EN GUADELOUPE, EN GUYANE, EN MARTINIQUE, À LA RÉUNION, À SAINT-BARTHÉLÉMY, À SAINT-MARTIN (AVANT PRÉCOMPTE DE LA CRDS) ET À MAYOTTE

AU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2020

ARRONDIS AU CENTIÈME D'EURO LE PLUS PROCHE

Base mensuelle de calcul des allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> avril 2020 : 414,4 €.

#### PARTIE I. – LA MÉTROPOLE, LA GUADELOUPE, LA GUYANE, LA MARTINIQUE, LA RÉUNION, SAINT-BARTHÉLÉMY ET SAINT-MARTIN

##### I. – ALLOCATIONS FAMILIALES, MAJORATION POUR ÂGE ET ALLOCATION FORFAITAIRE

###### I.1. Montant des allocations familiales (par famille à compter de 2 enfants à charge)

NOMBRE D'ENFANTS à charge	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
2 enfants	32	132,61	16,0	66,30	8,00	33,15
3 enfants	73	302,51	36,5	151,26	18,25	75,63
4 enfants	114	472,42	57,0	236,21	28,5	118,10
5 enfants	155	642,32	77,5	321,16	38,75	160,58

###### I.2. Montant de la majoration pour âge (à l'exception de l'aîné des familles de deux enfants)

MAJORATION pour âge de l'enfant	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	16	66,30	8	33,15	4	16,58

###### I.3. Montant du forfait pour âge

FORFAIT d'allocations familiales	MONTANT MAXIMAL		MONTANT INTERMÉDIAIRE		MONTANT MINIMAL	
	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros	% BMAF	En euros
	20,234	83,85	10,117	41,92	5,059	20,96

NB. – Le montant maximal correspond à la tranche 1 du tableau relatif aux plafonds de ressources applicables pour l'attribution du montant modulé des allocations familiales, de la majoration pour âge de l'enfant et du forfait d'allocations familiales annexé à l'instruction ministérielle n° DSS/SD2B/2019/261 du 18 décembre 2019 relative à la revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 des plafonds de ressources d'attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte, qui sera modifiée au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le montant intermédiaire correspond à la tranche 2 du même tableau. Le montant minimal correspond à la tranche 3 du même tableau.

###### I.4. Montant des allocations familiales et de ses majorations pour un seul enfant à charge en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin

FAMILLE AYANT UN SEUL ENFANT À CHARGE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Allocations familiales pour un enfant	5,88	24,37
Majoration de + de 11 ans	3,69	15,29
Majoration de + de 16 ans	5,67	23,50

## II. – PRESTATION D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PAJE)

### II.1. Prime à la naissance, prime à l'adoption et allocation de base (à taux plein et à taux partiel)

#### II.1.1. Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> avril 2018

ÉLÉMENTS DE LA PAJE	MONTANTS EN EUROS
Prime à la naissance	927,71
Prime à l'adoption	1 855,42
Allocation de base à taux plein	185,54
Allocation de base à taux partiel	92,77
NB. – Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1 <sup>er</sup> avril 2018, les montants de la prime à la naissance, de la prime à l'adoption et de l'allocation de base (à taux plein et à taux partiel) sont maintenus à leur niveau en vigueur au 1 <sup>er</sup> avril 2013.	

#### II.1.2. Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> avril 2018

ÉLÉMENTS DE LA PAJE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Prime à la naissance	229,75	952,08
Prime à l'adoption	459,50	1 904,17
Allocation de base à taux plein	41,65	172,60
Allocation de base à taux partiel	20,825	86,30
NB. – Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1 <sup>er</sup> avril 2018, le montant de l'allocation de base à taux plein est identique à celui du complément familial.		

### II.2. Prestation partagée d'éducation de l'enfant (PREPARE)

PREPARE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	96,62	400,39
Taux partiel < 50 %	62,46	258,83
Taux partiel entre 50 et 80 %	36,03	149,31
NB. – Depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2018, la PREPARE est applicable à l'ensemble des enfants. Toutefois en cas de naissances multiples d'au moins trois enfants, les familles continuent à ouvrir droit au complément de libre choix d'activité (CLCA) au plus tard jusqu'au 31 décembre 2020, lorsque les enfants sont nés entre le 1 <sup>er</sup> avril 2014 et le 31 décembre 2014.		

### II.3. Prestation partagée d'éducation de l'enfant majorée (PREPARE majorée)

PREPARE MAJORÉE	% DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
	157,93	654,46

### II.4. Complément de libre choix du mode de garde (CMG)

CMG - EMPLOI DIRECT D'UNE ASSISTANTE MATERNELLE ou d'une garde à domicile	% DE LA BMAF		EN EUROS	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
CMG maximal	114,04	57,02	472,58	236,29
CMG maximal majoré de 10 %			519,84	259,92
CMG maximal majoré de 30 %			614,35	307,18
CMG intermédiaire	71,91	35,96	298,00	149,02
CMG intermédiaire majoré de 10 %			327,80	163,92
CMG intermédiaire majoré de 30 %			387,40	193,73
CMG minimal	43,14	21,57	178,77	89,39
CMG minimal majoré de 10 %			196,65	98,33
CMG minimal majoré de 30 %			232,40	116,21



CMG – ASSOCIATION OU ENTREPRISE EMPLOYANT une assistante maternelle	% DE LA BMAF		EN EUROS	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
CMG maximal	172,57		715,13	357,57
CMG maximal majoré de 10 %			786,64	393,33
CMG maximal majoré de 30 %			929,67	464,84
CMG intermédiaire	143,81		595,95	297,98
CMG intermédiaire majoré de 10 %			655,55	327,78
CMG intermédiaire majoré de 30 %			774,74	387,37
CMG minimal	115,05		476,77	238,39
CMG minimal majoré de 10 %			524,45	262,23
CMG intermédiaire majoré de 30 %			619,80	309,91

CMG - ASSOCIATION OU ENTREPRISE EMPLOYANT une garde à domicile ou micro-crèche	% DE LA BMAF		EN EUROS	
	0 à 3 ans	3 à 6 ans	0 à 3 ans	3 à 6 ans
CMG maximal	208,53		864,15	432,08
CMG maximal majoré de 10 %			950,57	475,29
CMG maximal majoré de 30 %			1 123,40	561,70
CMG intermédiaire	179,76		744,93	372,47
CMG intermédiaire majoré de 10 %			819,42	409,72
CMG intermédiaire majoré de 30 %			968,41	484,21
CMG minimal	151,00		625,74	312,87
CMG minimal majoré de 10 %			688,31	344,16
CMG minimal majoré de 30 %			813,46	406,73

NB. – Le montant du CMG maximal correspond à la tranche 1 du tableau relatif aux plafonds de ressources applicables pour l’attribution du complément de libre choix du mode de garde annexé à l’instruction ministérielle n° DSS/SD2B/2019/261 du 18 décembre 2019 relative à la revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 2020 des plafonds de ressources d’attribution de certaines prestations familiales servies en métropole, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy, à Saint-Martin et à Mayotte, qui sera modifiée au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le montant du CMG intermédiaire correspond à la tranche 2 du même tableau. Le montant du CMG minimal correspond à la tranche 3 du même tableau.

Le montant mensuel maximal de la prise en charge par le CMG est majoré de 10 % en cas d’horaires atypiques et de 30 % pour les familles monoparentales, celles qui bénéficient de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé et les bénéficiaires de l’allocation aux adultes handicapés.

Les enfants atteignant l’âge de trois ans entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août continuent à ouvrir droit au montant du CMG applicable aux enfants âgés de moins de trois ans, jusqu’au mois d’août suivant leur troisième anniversaire.

### III. – AUTRES PRESTATIONS FAMILIALES

#### III.1. Complément familial et montant majoré du complément familial

COMPLÉMENT FAMILIAL ET SON MONTANT MAJORÉ	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Complément familial	41,65	172,60
Montant majoré du complément familial	62,48	258,92

#### III.2. Allocation de soutien familial

ALLOCATION DE SOUTIEN FAMILIAL	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Taux plein	37,5	155,40
Taux partiel	28,13	116,57

### III.3. Allocation de rentrée scolaire

ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
6-10 ans	89,72	371,80
11-14 ans	94,67	392,31
15-18 ans	97,95	405,90

### III.4. Allocation d'éducation de l'enfant handicapé

ALLOCATION ÉDUCATION ENFANT HANDICAPÉ	% DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
Allocation de base	32,00	132,61
COMPLÉMENT	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
- 1 <sup>re</sup> catégorie	24,00	99,46
- 2 <sup>e</sup> catégorie	65,00	269,36
- 3 <sup>e</sup> catégorie	92,00	381,25
- 4 <sup>e</sup> catégorie	142,57	590,81
- 5 <sup>e</sup> catégorie	182,21	755,08
- 6 <sup>e</sup> catégorie		1 125,29

MAJORATION POUR PARENT ISOLÉ (MPI) DU COMPLÉMENT D'AAEH	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
MPI - 2 <sup>e</sup> catégorie	13	53,87
MPI - 3 <sup>e</sup> catégorie	18	74,59
MPI - 4 <sup>e</sup> catégorie	57	236,21
MPI - 5 <sup>e</sup> catégorie	73	302,51
MPI - 6 <sup>e</sup> catégorie	107	443,41

### III.5. Allocation journalière de présence parentale et complément forfaitaire pour frais

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PRÉSENCE PARENTALE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
- Couple	10,63	44,05
- Personne seule	12,63	52,34
Complément forfaitaire pour frais	27,19	112,68

### III.6. Prime de déménagement

PRIME DE DÉMÉNAGEMENT	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
- Maximum	240	994,56
- Par enfant au-delà du troisième	+ 20	+ 82,88

## PARTIE II – LE DÉPARTEMENT DE MAYOTTE

### I. – ALLOCATIONS FAMILIALES

*Montant des allocations familiales (à compter de deux enfants à charge)*

NOMBRE OU RANG des enfants à charge	BARÈME DU 1 <sup>ER</sup> AVRIL 2020 AU 31 DÉCEMBRE 2020			
	Par enfant		Par famille	
	% de la BMAF	Montants en euros	% de la BMAF	Montants en euros
2	30,68	127,14	30,68	127,14
3	14,30	59,26	44,98	186,40
4	4,63	19,19	49,61	205,58
Par enf. sup.	4,63	19,19		

NOMBRE OU RANG des enfants à charge	BARÈME DU 1 <sup>ER</sup> JANVIER 2021 AU 31 MARS 2021			
	Par enfant		Par famille	
	% de la BMAF	Montants en euros	% de la BMAF	Montants en euros
2	32	132,61	32	132,61
3	16	66,30	48	198,91
4	4,63	19,19	52,63	218,10
Par enf. sup.	4,63	19,19		

*Montant des allocations familiales pour un seul enfant à charge pour les allocataires  
qui avaient déjà un droit ouvert avant le 1<sup>er</sup> janvier 2012*

	EN % DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
Montant du 1 <sup>er</sup> avril 2020 au 31 mars 2021		57,28

*Montant des allocations familiales pour un seul enfant à charge pour les allocataires  
dont le droit a été ouvert à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012*

	EN % DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Montant du 1 <sup>er</sup> avril 2020 au 31 décembre 2020	7,17 %	29,71
Montant du 1 <sup>er</sup> janvier 2021 au 31 mars 2021	5,88 %	24,37

## II. – COMPLÉMENT FAMILIAL ET SON MONTANT MAJORÉ

COMPLÉMENT FAMILIAL ET SON MONTANT MAJORÉ	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
Complément familial	23,79	98,59
Montant majoré du complément familial	33,31	138,04

## III. – ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE

CYCLE SCOLAIRE	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
École primaire	89,72	371,80
Collège	94,67	392,31
Lycée	97,95	405,90

## IV. – ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ

ALLOCATION ÉDUCATION ENFANT HANDICAPÉ	% DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
Allocation de base	32,00	132,61
COMPLÉMENT	% DE LA BMAF	MONTANTS EN EUROS
- 1 <sup>re</sup> catégorie	24,00	99,46
- 2 <sup>e</sup> catégorie	65,00	269,36
- 3 <sup>e</sup> catégorie	92,00	381,25
- 4 <sup>e</sup> catégorie	142,57	590,81
- 5 <sup>e</sup> catégorie	182,21	755,08
- 6 <sup>e</sup> catégorie		1 125,29
MAJORATION POUR PARENT ISOLÉ (MPI) DU COMPLÉMENT D'AEEH	% DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
MPI - 2 <sup>e</sup> catégorie	13	53,87
MPI - 3 <sup>e</sup> catégorie	18	74,59

ALLOCATION ÉDUCATION ENFANT HANDICAPÉ	% DE LA BMAF	MONTANT EN EUROS
MPI - 4 <sup>e</sup> catégorie	57	236,21
MPI - 5 <sup>e</sup> catégorie	73	302,51
MPI - 6 <sup>e</sup> catégorie	107	443,41