

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION SOCIALE

La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

*Le directeur général de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés*

Circulaire SG n° 2012-145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012

NOR : ETSZ1209984C

Validée par le CNP le 9 mars 2012. – Visa CNP 2012-80.

Date d'application : immédiate.

Résumé : cette circulaire précise les missions financées par le FIR, les orientations nationales pour 2012, les ressources du FIR, les règles d'attribution et de gestion des crédits par les ARS, les modalités de suivi des dépenses, les principes d'évaluation des missions financées.

Mots clés : FIR – fongibilité – permanence des soins ambulatoire – PDSES – qualité et coordination des soins – modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins – accompagnement social – prévention et promotion de la santé – prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie – FIOCS – FMESPP – fonds de prévention de l'assurance maladie – circuits de liquidation et de paiement.

Références :

- Article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 créant les articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du code de la santé publique ;
- Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé (articles R. 1435-16 à R. 1435-36 du code de la santé publique) ;
- Arrêté du 27 février 2012 fixant la liste et les conditions de versement des aides individuelles, des prestations et des compléments de rémunération financés par le fonds d'intervention régional ;
- Arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional ;
- Arrêté du 1^{er} mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional ;
- Arrêté fixant pour l'année 2012 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, du FIOCS et du FMESPP au fonds d'intervention régional des ARS (en cours de signature) ;
- Arrêté fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'année 2012 (en cours de signature) ;
- Arrêté en cours d'élaboration déterminant, en application du 2° de l'article R. 1435-18 du code de la santé publique, les conditions de financement par le fonds d'intervention régional des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé et de leurs groupements comportant des dépenses d'investissement ;
- Arrêté en cours de signature relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé ;
- Instruction DGOS/R3-R5/2011 du 16 décembre 2011 relative aux modalités d'indemnisation des médecins libéraux participant à la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) ;
- Instruction DSS/1B/2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreintes de permanence des soins ambulatoire ;

Circulaire DGOS/R1/DSS/SDFSS n° 2012-131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 des établissements de santé.

Principaux textes modifiés :

- Articles L. 221-1-1 et D. 221-7 à D. 221-25 du code de la sécurité sociale relatifs au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ;
- Sous-section 1 de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} de la partie réglementaire du code de la sécurité sociale (relative aux réseaux de santé) ;
- Article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement pour la sécurité sociale pour 2001 relatif au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés ;
- Décret n° 2001-1242 du 21 décembre 2001 relatif au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Textes à abroger :

- Instruction DGOS/RHSS/MEIMMS n° 2010-215 du 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé ;
- Instruction DGOS/RH3 n° 2010-248 du 6 juillet 2010 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier ;
- Circulaire DHOS/P1/DGAS/5C/2007 n° 2007-123 du 26 mars 2007 relative à la mise en œuvre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) dans les établissements publics de santé et les établissements participant au service public hospitalier et dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de la fonction publique hospitalière.

Annexes :

- Annexe I. – Précision sur les orientations nationales pour 2012.
- Annexe II. – Document type de demande d'appel de fonds auprès de la CNAMTS.
- Annexe III. – EPRD type.
- Annexes IV et V. – Modèles de décision attributive de financement au titre des missions du FIR.
- Annexe VI. – Modèle d'attestation de contrôle de service fait et ordre de paiement.
- Annexe VII. – Liste des organismes d'assurance maladie compétents.

La secrétaire générale des ministères chargés des affaires sociales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à Mesdames et Messieurs les directrices et directeurs généraux des agences régionales de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (art. 65) a créé le fonds d'intervention régional (FIR), qui vise à donner aux agences régionales de santé (ARS) une plus grande souplesse dans la gestion de certains de leurs crédits, au service d'une stratégie régionale de santé transversale.

Le FIR regroupe désormais au sein d'une même enveloppe globale des crédits antérieurement fléchés qui répondent à des objectifs complémentaires de politique de santé : la permanence des soins, la performance et la qualité des soins, d'une part, les actions de prévention-santé publique, d'autre part. Le fonds doit également permettre aux ARS d'optimiser la dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats vérifiés dans le cadre d'un reporting organisé.

Le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 et ses arrêtés d'application précisent les modalités d'application des dispositions des articles L. 1435-8 à L. 1435-11 du code de la santé publique (CSP). Le FIR est entré en vigueur le 1^{er} mars 2012.

La présente circulaire a pour objet de préciser :

- les missions financées par le FIR ;
- les orientations nationales pour 2012 ;
- les ressources du FIR et les dotations régionales en 2012 ;
- les règles générales d'attribution et de gestion des crédits par les ARS ;
- les circuits transitoires de liquidation et de paiement en 2012 ;
- les modalités de suivi des dépenses et de reporting financier ;
- l'évaluation qualitative des missions financées par le FIR.

I. – LES MISSIONS FINANÇÉES PAR LE FOND D'INTERVENTION RÉGIONAL

Les textes législatifs et réglementaires (1) précisent les actions, expérimentations ou structures qui sont susceptibles d'être financées par le FIR dans les domaines suivants :

1. La permanence des soins, notamment :
 - les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
 - les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les maisons médicales de garde ;
 - la permanence en établissement de santé (PDSES) prévue au 1^o de l'article L. 6112-1 du CSP.
2. L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé, notamment :
 - le développement de nouveaux modes d'exercice dont l'objectif est d'expérimenter de nouvelles pratiques, organisations ou coopérations entre professionnels de santé, notamment les réseaux de télésanté et la télé-médecine ;
 - la promotion de dispositifs innovants visant à améliorer la qualité des pratiques et la qualité des soins aux patients ;
 - les réseaux de santé ;
 - les actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé, et notamment les maisons de santé professionnelles, les pôles de santé et les centres de santé ;
 - les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 6123-50.
3. La modernisation, adaptation et restructuration de l'offre de soins, ainsi que des prestations de conseil, de pilotage et d'accompagnement des démarches visant à améliorer la performance hospitalière, engagés par des établissements ou par les ARS pour les établissements de leur région.
4. L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé, notamment :
 - contrats locaux d'amélioration des conditions de travail ;
 - actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et compétences et actions de formation dans le cadre de la promotion professionnelle ;
 - aides individuelles, prestations et compléments de rémunération destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de modernisation et de restructuration.
5. La prévention des maladies, promotion de la santé, éducation à la santé et de sécurité sanitaire, notamment :
 - actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé et de l'évaluation des programmes de santé et de diffusion des bonnes pratiques ;
 - actions en matière d'éducation thérapeutique et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux ;
 - actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
 - actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
6. La mutualisation au niveau régional des moyens des structures sanitaires, en particulier en matière de systèmes d'information en santé et d'ingénierie de projets, notamment :
 - actions permettant la mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projet.
7. La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes (à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux départements).

II. – LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2012

Le FIR est destiné à vous donner une plus grande souplesse de gestion financière. Ainsi l'attribution des crédits qui vous sont alloués au titre du FIR est laissée à votre libre appréciation, sous réserve du respect du principe de fongibilité asymétrique.

Les crédits sont alloués aux bénéficiaires dans le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux différentes missions financées par le FIR, des règles d'attribution des crédits citées *supra*, et dans le cadre des orientations définies par le CNP.

Ces orientations sont les suivantes.

a) La permanence des soins

En ce qui concerne la permanence des soins ambulatoire, il vous appartient de préparer et de veiller à la bonne mise en œuvre de votre cahier des charges régional, conformément aux disposi-

(1) Articles L. 1435-8, R. 1435-16 à R. 1435-22 du CSP.

tions du code de la santé publique (art. R. 6315-1 et suivants). Il vous est demandé de procéder à une analyse globale de l'impact de l'organisation mise en place, sur l'ensemble des coûts de la PDSA, tant en termes de dépenses forfaitaires que pour les actes et majorations d'actes. Les résultats des requêtes mises à disposition par la CNAMTS sont destinés à vous y aider (*cf. infra*).

En matière de PDES, il vous est demandé de mettre en œuvre les schémas cibles d'organisation territoriale de cette mission, arrêtés dans les SROS-PRS (reconnaissance prioritaire, appel à candidature), qui doivent permettre une mutualisation et une optimisation des ressources médicales disponibles et un effort d'économie dans la continuité de celui effectué en 2011.

b) La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins

Pour 2012, il est attendu des ARS, au titre de ces missions du FIR, qu'elles financent sur les crédits qui leur sont alloués cette année certaines mesures notamment issues des plans de santé publique : les unités fléchées du plan Alzheimer au titre de UCC SSR et UHR USLD, les plates-formes de laboratoires au titre du plan maladies rares, les accords de bonnes pratiques hospitalières, les dispositifs de gestion des risques associés aux soins, ainsi que la télémédecine.

Votre dotation régionale au titre du FIR a été calculée de façon à prendre en compte le financement de l'investissement des unités fléchées du plan Alzheimer au titre de UCC SSR et UHR USLD, conformément à la circulaire DHOS/O1/O2/DGS/MC3 n° 2008-291 du 15 septembre 2008 et à l'instruction DHOS du 23 février 2010 relative aux modalités de déploiement des UHR dans le secteur sanitaire.

De même, cette dotation régionale prend en compte les crédits nécessaires, dans le cadre du plan national maladies rares (PNMR) 2011-2014, à l'équipement des laboratoires de génétique pour le diagnostic des maladies rares (appareils de séquençage NGS d'ADN moyen/haut débit). Les régions concernées sont les régions Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes. Les établissements concernés seront désignés ultérieurement.

En ce qui concerne le développement, dans les établissements de santé, des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforcent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, et rendent nécessaires des dépenses d'investissement portant sur la mise en place, l'amélioration ou l'extension de systèmes informatisés de collecte et de traitement d'informations. Des précisions sont apportées dans l'annexe I.

En ce qui concerne les prestations d'accompagnement visant à améliorer la performance hospitalière, il est recommandé :

- de soutenir les actions de conseil, de pilotage et d'accompagnement permettant de remplir cet objectif, sur des projets à forte valeur ajoutée ou à fort impact de restructuration ;
- de favoriser la mise en œuvre des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements ;
- de favoriser les actions visant le renforcement des compétences de gestion des établissements de santé, dont notamment les deux dispositions *infra* ;
- de soutenir les actions de déploiement du programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables) par la création et/ou le renforcement de groupements de commandes et par la mise en place de plan d'actions d'achat annuel porté par un responsable achats unique ;
- d'accompagner la mise en œuvre des actions du plan national de déploiement de la comptabilité analytique.

c) L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé

Les orientations suivantes sont données pour 2012 concernant les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT).

i. Les axes

Soutien aux projets innovants pouvant concerner plusieurs établissements

Vous porterez une attention particulière aux projets innovants pouvant associer plusieurs structures.

Cet axe devra permettre de démultiplier l'impact des actions d'amélioration des conditions de travail en encourageant les actions collectives et en exploitant les possibilités de coopérations locales ou régionales.

Promotion des processus ayant pour objet le développement d'une politique de lutte contre les risques professionnels, l'amélioration des rythmes de travail et l'accompagnement des mobilités

La détermination des actions s'inscrit dans le cadre de l'accord du 20 novembre 2009 sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique.

ii. Les actions

*Développement d'une politique de prévention active
des risques psychosociaux (RPS) et des troubles musculo-squelettiques (TMS)*

Plusieurs types d'actions pourront être retenus parmi lesquelles le diagnostic des RPS (recensement des facteurs de risques propres à l'établissement, identification des leviers d'action au regard de la singularité du contexte...) et l'accompagnement à la mise en œuvre d'un plan d'actions préventif (apport d'outils méthodologiques et d'appuis opérationnels...). Les actions à privilégier seront ciblées sur le repérage et la prévention des facteurs de RPS et organisationnels afin d'améliorer les relations et les conditions de travail dans les unités et les pôles de travail. Les actions pourront se combiner entre elles pour intégrer un plan large de prévention du risque psychosocial. Il pourra notamment être fait appel à des prestations d'assistance-conseil, d'audits, de formation-action en ergonomie, en psychologie du travail ainsi qu'à des actions d'ingénierie.

*Mise en place de processus expérimentaux d'organisation susceptibles d'améliorer
les rythmes de travail et les relations de travail*

Les actions à privilégier devront contribuer à améliorer les rythmes d'activité et les relations professionnelles dans les unités et les pôles de travail (aménagement des rythmes de travail et des postes de travail, amélioration de la qualité de vie au travail...).

Accompagnement des mobilités fonctionnelles et professionnelles

Les actions à conduire en priorité en ce domaine porteront sur :

- le soutien aux mobilités fonctionnelles et aux reconversions internes : accompagnement des agents vers une seconde partie de carrière ;
- le maintien et le retour dans l'emploi.

Les différentes actions donnant lieu à des financements peuvent porter sur une partie ou sur l'ensemble des unités et des pôles de travail de l'établissement mais ne doivent pas se substituer aux dépenses courantes et permanentes de l'établissement, en investissement comme en fonctionnement.

Par ailleurs, les formations nécessaires à la réalisation de ces actions pourront faire l'objet d'un financement par les agences régionales sans toutefois se substituer à celles prévues par le plan de formation de l'établissement.

d) L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

- Afin de favoriser le maintien ou l'installation des professionnels de santé, il est recommandé :
- dans le cadre du volet ambulatoire du SROS, de soutenir les mesures destinées à favoriser le maintien de l'activité et l'installation des professionnels et des structures de santé ;
 - de poursuivre le soutien au développement des maisons de santé répondant au référentiel national et des pôles de santé notamment dans les régions où l'offre de soins est fragilisée et en particulier dans les zones rurales et les quartiers concernés par la politique de la ville. Les modalités d'accompagnement financier préconisées dans le cadre du plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural (1) continuent de s'appliquer pour l'année 2012 ;
 - d'accompagner la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires, notamment le déploiement de maisons médicales de garde.

Afin de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de premier recours, il vous est recommandé :

- de poursuivre la promotion de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans le cadre notamment du plan d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, de favoriser l'organisation d'actions d'ETP en application de la loi HPST et, selon le cahier des charges en vigueur, en veillant à la cohérence de financement avec les expérimentations des nouveaux modes de rémunération ;
- de faire évoluer le fonctionnement et le positionnement des réseaux de santé dans l'offre de soins afin de renforcer leur efficacité ainsi que leur contribution à la coordination des soins. Il convient de renforcer leur suivi et leur évaluation sur la base des outils disponibles (guide méthodologique à paraître) : indicateurs d'activité (nombre de patients avec plan personnalisé de santé [PPS], nombre de professionnels intervenant dans un PPS...), indice synthétique de qualité, référentiels... L'évaluation résultante doit permettre d'apprécier la performance des actions afin de privilégier les projets efficaces dont la plus-value est avérée.

En ce qui concerne le déploiement des usages de la télémédecine, dans l'attente d'une consolidation des modalités de tarification des actes visés au décret du 19 octobre 2010, le FIR peut être mobilisé pour soutenir ponctuellement des activités s'inscrivant dans le programme régional de télémédecine et présentant un potentiel de développement en termes de volume d'actes et de patients pris en charge.

Au cours de l'année 2012, 5 M€ seront attribués aux ARS concernées pour accompagner financièrement les neuf projets pilotes sélectionnés dans le cadre de l'appel à candidature national (instruction DGOS/PF3 n° 2012-50 du 31 janvier 2012). Ces crédits pourront être utilisés pour tester des solutions aux différents problèmes rencontrés par les acteurs en termes financiers, organisationnels et techniques.

(1) Circulaire EATV1018866C du 27 juillet 2010 relative au lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural.

Pour l'accompagnement des projets, les ARS peuvent s'appuyer sur les outils mis à leur disposition par le comité de pilotage national et portant notamment sur les cinq chantiers prioritaires (imagerie en termes de permanence des soins, prise en charge de l'AVC, santé des personnes détenues, prise en charge des maladies chroniques, soins dans une structure médico-sociale ou en HAD) (1).

Enfin, vous êtes invités à conclure avec les transporteurs sanitaires des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins selon le contrat type défini par la décision État-UNCAM en cours de publication, dont les contreparties financières au titre de six mois sont financées par le FIR en 2012, dans des conditions qui seront définies par une circulaire ultérieure. Ces contrats sont bien distincts des CAQCS prévus par l'article 45 de la LFSS pour 2010, pour lesquels l'intéressement n'est pas financé par le FIR.

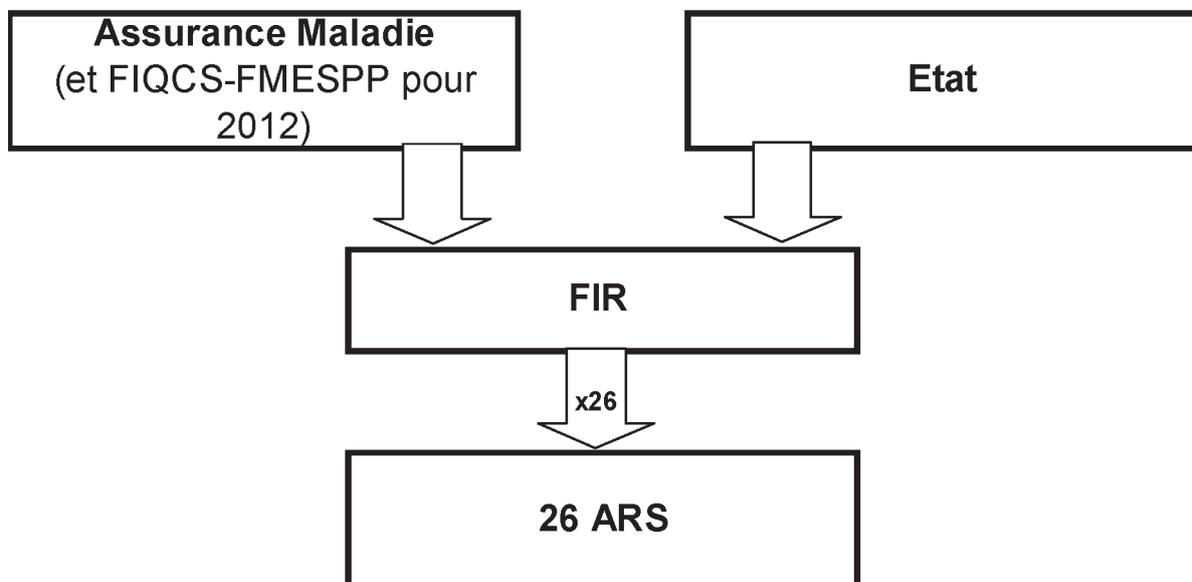
III. – LES RESSOURCES DU FIR ET LES DOTATIONS RÉGIONALES POUR 2012

a) Les ressources du FIR

L'article L. 1435-9 du CSP précise que les ressources du FIR sont constituées par :

- une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie ;
- une dotation de l'État ;
- le cas échéant, une dotation de la CNSA et toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. Une dotation de la CNSA n'est à ce stade pas prévue pour 2012.

De manière transitoire pour 2012, le fonds est également abondé par une dotation du FIOCS et une dotation du FMESPP (2).



Pour 2012 :

- l'arrêté interministériel en cours de signature fixe les montants des dotations versées par l'assurance maladie, par le FIOCS et le FMESPP au FIR à 1 155 M€ ;
- la contribution de l'État, fixée par arrêté du directeur général de la santé au titre du programme 204, s'établit à 170 M€.

Ces dotations résultent d'une modulation *pro rata temporis* du montant des crédits initiaux regroupés au sein du FIR, en raison de l'entrée en vigueur du fonds le 1^{er} mars 2012 et des règles de gestion propres à chacune de ces catégories de crédits. La répartition régionale a été effectuée à titre principal par application des principes de ventilation régionale des différentes composantes antérieures au FIR.

À compter du 1^{er} mars 2012, date d'entrée en vigueur du FIR, les dotations globales allouées à chacune des ARS au titre du FIR se substituent donc :

- aux crédits relatifs aux forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoire (PDSA) ;
- aux crédits régionaux du FIOCS et du FMESPP, dont la plupart pouvaient déjà faire l'objet d'une fongibilité en 2011 ;

(1) Le guide méthodologique pour l'élaboration du PRT (circulaire DGOS/PF3 n° 2011-451 du 1^{er} décembre 2011), le guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et conventions en télé-médecine, les recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télé-médecine « Déploiement technique : urbanisation et infrastructure ».

(2) Dispositions du V de l'article 65 de la LFSS pour 2012.

- aux MIG PDSES, CDAG, CPP et ETP ;
- et enfin aux crédits dédiés à la prévention et de sécurité sanitaire issus du programme 204 du budget de l'État et des fonds de prévention de l'assurance maladie.

Par ailleurs, la dotation du FIR intègre en complément le financement des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins que vous êtes invités à conclure avec les transporteurs sanitaires (*cf. infra*, orientations 2012).

b) Répartition régionale des crédits et spécificités d'utilisation par les ARS

L'arrêté en cours de signature fixe le montant des crédits attribués à chacune des ARS au titre du fonds d'intervention régional pour l'année 2012.

Dans les limites de la dotation globale allouée à votre ARS, vous disposerez donc désormais d'une plus grande marge de manœuvre dans l'affectation de vos crédits et dans le choix des actions qui peuvent être financées dans le cadre du FIR.

Il vous appartiendra néanmoins, d'une part, de respecter les principes de fongibilité asymétrique et, d'autre part, en 2012, d'utiliser en premier lieu les crédits restant disponibles sur les enveloppes antérieures.

i. Fongibilité asymétrique

Afin d'assurer l'application du principe de fongibilité asymétrique posé par la loi HPST et repris par les textes régissant le FIR (1), l'arrêté de répartition régionale des crédits précise, dans son annexe, pour chaque région, le montant des « crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectés au financement d'activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux ».

Ces crédits de prévention protégés par cette fongibilité asymétrique correspondent :

- aux crédits de prévention et de sécurité sanitaire issus du programme 204 ;
- aux crédits des fonds de prévention de l'assurance maladie ;
- aux crédits destinés au financement des « centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG) » (ex-MIG).

À titre transitoire en 2012, les crédits correspondant aux deux premiers sont retracés à la fois dans le budget et les comptes des ARS, d'une part, et dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et les comptes du FIR, d'autre part. En 2012, ils sont liquidés, payés et comptabilisés par l'ARS, tandis que les crédits destinés aux CDAG continuent d'être liquidés et payés par les CPAM (*cf. infra*).

Les ARS peuvent mobiliser des crédits supplémentaires à ceux qui leur ont été alloués au titre de la prévention santé publique par l'arrêté interministériel pour financer des actions dans ce domaine, dans le respect de l'enveloppe globale allouée au titre du FIR.

À cette fin, le directeur général de l'ARS peut :

- s'il souhaite que les fonds complémentaires ainsi mobilisés donnent lieu à paiement par l'ARS (par exemple pour permettre d'abonder des actions payées par l'ARS), procéder à un appel de fonds auprès de la direction des finances et de la comptabilité de la CNAMTS, par transmission d'un document normé signé, dont un modèle figure dans l'annexe II de la présente instruction. Une décision budgétaire modificative devra être opérée au plus proche conseil de surveillance suivant l'opération ;
- à défaut, directement donner l'ordre de paiement à la caisse d'assurance maladie, s'il s'agit de financer un centre de dépistage anonyme et gratuit (*cf. infra* III-f).

Le directeur général de l'ARS est le seul responsable de la gestion de ces crédits et de cette décision.

Le suivi du respect du principe de fongibilité asymétrique sera assuré à partir d'une analyse comparée des produits et des charges afférentes dans la comptabilité du FIR.

ii. Gestion des crédits restant disponibles sur les enveloppes antérieures

En application de l'article 3 du décret relatif au FIR, les fonds antérieurement alloués dans le cadre des enveloppes précédentes demeurent gérés en application des règles qui leur étaient propres.

Il vous appartient en conséquence d'allouer en premier lieu, avant d'allouer des crédits du FIR, dans les conditions antérieurement applicables :

- tous les crédits régionalisés fongibles qui vous ont été attribués au titre du FMESPP par la circulaire DGOS/R1/PF3 n° 2011-154 du 22 avril 2011 mais qui n'ont pas encore donné lieu à une décision attributive de financement après le 1^{er} mars 2012 (entrée en vigueur du FIR) et avant leur prescription au 15 juin 2012. Ces crédits sont engagés par l'ARS, liquidés et payés par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) selon les anciennes modalités. De même, les crédits engagés par l'ARS au titre des circulaires FMESPP antérieures, mais qui n'ont pas encore été payés aux bénéficiaires, demeurent gérés par l'ARS et la CDC selon les anciennes modalités, même après l'entrée en vigueur du FIR ;

(1) Art. L. 1435-9 et art. R. 1435-25 du CSP.

– les crédits du FIQCS qui vous ont été notifiés le 6 février 2012 au titre du début de 2012.

Il vous appartient également de mobiliser les crédits de santé publique-prévention de votre fonds de roulement.

iii. Engagements par douzième provisoire en 2013

À compter de 2013, dans l'attente de l'arrêté interministériel annuel fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR pour l'exercice, les ARS pourront engager des crédits dans la limite mensuelle du douzième du montant attribué l'année précédente (art. R. 1435-25 du CSP).

c) Les circuits de trésorerie relatifs aux ressources du FIR

i. Le versement de la dotation de l'État au FIR

Un avenant spécifique à la convention de financement entre l'État et l'ACOSS, signé par la DSS, la DB, la DGS, la CNAMTS et l'ACOSS, prévoit que la dotation de l'État (minorée de la réserve de précaution) au FIR fait l'objet d'un versement sur le compte bancaire général de l'ACOSS à la CDC, en trois temps : 40 % du montant le 15 mars de l'exercice, 40 % du montant le 15 mai et le solde de 20 % le 15 octobre de l'exercice.

Un arrêté du DGS, visé au préalable par le CBCM, fixe annuellement le montant et l'échéonnement des versements sur le compte bancaire de l'ACOSS.

Dans le cadre du calendrier de versement prévu par l'avenant mentionné ci-dessus, la CNAMTS s'engage à verser sur le compte bancaire de chaque ARS, avant le 30 mars de l'exercice, les crédits de trésorerie correspondant au premier versement de 40 % du montant des crédits régionaux attribués au titre de la dotation de l'État tel qu'il résulte de l'arrêté qui fixe les dotations régionales du FIR aux ARS en application de l'article R. 1435-25 du CSP.

Elle verse sur le compte bancaire de chaque ARS avant le 30 mai de l'exercice les crédits de trésorerie correspondant au deuxième versement de 40 %. Enfin, elle verse le solde à chaque ARS avant le 30 octobre de l'exercice.

De manière générale, la CNAMTS verse les crédits de trésorerie sur les comptes bancaires des ARS dans un délai de 15 jours après le versement par l'État de l'acompte sur le compte bancaire de l'ACOSS à la CDC.

ii. Le versement des dotations des régimes d'assurance maladie au FIR

En application de l'arrêté du 1^{er} mars 2012 fixant les conditions de versement à la CNAMTS de la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR, la CNAMTS notifie chaque année à l'ensemble des régimes, dans les quinze jours qui suivent la publication au *Journal officiel* de l'arrêté fixant le montant des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au FIR, le montant dû par eux, pour l'exercice, au titre de la fraction de la dotation qui ne correspond pas aux crédits issus des fonds de prévention de l'assurance maladie. Le montant est calculé conformément aux modalités de répartition prévues au 2^o de l'article R. 1435-24 du CSP.

Les régimes autres que le régime général versent à la CNAMTS le montant correspondant dans les quinze jours qui suivent la notification.

La Caisse nationale du RSI et la Caisse centrale de la MSA versent également à la CNAMTS le montant dû au titre des crédits des fonds de prévention FNPEISA et FNMP selon le même calendrier. La CNAMTS verse sur le compte bancaire de chaque ARS, dans un délai de quinze jours suivant le versement par la CNRSI et la CCMSA, les crédits de trésorerie attribués au titre des fonds de prévention de l'assurance maladie, fixés par l'arrêté prévu à l'article R. 1435-25 du CSP.

iii. L'appel de fonds dans le cadre de la fongibilité asymétrique

Cf. supra.

IV. – LES RÈGLES GÉNÉRALES D'ATTRIBUTION ET DE GESTION DES CRÉDITS PAR L'ARS

a) L'établissement d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses

L'article R. 1435-28 du code de la santé publique prévoit que le directeur général de l'ARS établit chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses du fonds dans la région, qu'il transmet pour information au conseil national de pilotage.

Il vous appartient d'établir cet état prévisionnel initial, conformément à la maquette figurant dans l'annexe III, et de le transmettre pour information au secrétariat du CNP avant le 31 mai 2012.

Aucune procédure n'est prescrite par les textes législatifs ou réglementaires quant à l'adoption de cet état prévisionnel. Il vous est néanmoins recommandé de le présenter au conseil de surveillance et à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, dans le calendrier de votre choix. Un échange sur le FIR avec les fédérations régionales représentatives des établissements de santé et avec l'union régionale des professionnels de santé est recommandé à l'occasion de la présentation de cet EPRD.

L'EPRD initial peut être modifié en cours d'année, sans qu'une transmission au CNP soit nécessaire.

b) Les bénéficiaires du FIR

L'article R. 1435-23 du CSP dispose que les sommes engagées par les ARS au titre des missions du FIR « sont attribuées aux professionnels, aux personnes publiques et aux organismes, quel que soit leur statut, chargés de leur mise en œuvre, ou, le cas échéant, aux personnels de ces derniers. »

Peuvent donc être bénéficiaires du FIR les établissements de santé publics et privés et leurs groupements, les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les réseaux de santé, les maisons de santé, les centres de santé, les pôles de santé, les personnels de ces organismes, les professionnels de santé, des associations œuvrant dans le secteur ainsi que des personnes publiques, notamment des collectivités territoriales ou des établissements publics de coopération intercommunale.

Des prestataires extérieurs qui contribuent aux missions du FIR, et avec lesquels l'ARS aura conclu un marché public dans le cadre des règles de la commande publique, pourront également être rémunérés par le FIR.

D'autre part, les organismes mentionnés à l'alinéa 1^{er} de l'article R. 1435-23 du CSP, qui souhaitent conclure des contrats avec des prestataires extérieurs pour mettre en œuvre une mission du FIR, pourront solliciter une décision de financement de l'ARS, qui sera subordonnée à la conclusion du contrat prévu à l'article R. 1435-30 du CSP.

c) Les conditions générales d'engagement de la dépense

À l'exception du cas où le bénéficiaire des crédits du FIR est un prestataire extérieur, le financement des actions éligibles au FIR donne lieu à une décision de financement du directeur général de l'ARS (article R. 1435-29) ainsi qu'à la conclusion d'un contrat avec le bénéficiaire (article R. 1435-30).

À l'exception de la mission PDSA mentionnée au 1^o de l'article R. 1435-16 (1), la décision attributive de financement, qui fixe le montant des sommes à verser, est adressée au bénéficiaire. Un modèle de décision attributive vous est présenté dans l'annexe IV de la présente instruction.

Le financement peut être pluriannuel (5 ans maximum). Dans cette hypothèse, une décision attributive de financement doit néanmoins déterminer annuellement les sommes à verser au titre de l'exercice.

Lorsqu'une action concerne plusieurs régions, les directeurs généraux des ARS peuvent prendre une décision commune d'attribution de financement.

À l'exception du financement des forfaits de PDSA, l'octroi des financements est subordonné à la conclusion d'un contrat. Il s'agit soit d'un contrat spécifique, soit d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens déjà prévu par les textes (2) (ou d'un avenant à ce contrat).

Le contrat doit mentionner l'objet des actions, des expérimentations ou des structures financées, les conditions de leur prise en charge financière et de leur évaluation, ainsi que les engagements pris par le bénéficiaire.

En cas de non-respect par le bénéficiaire de ces engagements, celui-ci peut être contraint de restituer les sommes perçues, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire (art. R. 1435-33).

Même si les dépenses prises en charge par le FIR ne constituent plus des dépenses de MIG, vous pourrez néanmoins vous référer aux principes énoncés dans le guide relatif à la contractualisation des dotations finançant les MIG (prochainement publié), ainsi que dans le guide relatif à la notification des dotations finançant les aides à la contractualisation (circulaire NDGOS/R5 n° 2011-315 du 1^{er} août 2011), et dans le guide relatif à l'élaboration des CPOM (circulaire DGOS/PF3 n° 2012-09 du 10 janvier 2012). En effet, ces guides rappellent les principes qui doivent être suivis pour tout financement public dans le domaine de la santé, afin de respecter le droit communautaire.

d) L'organisation générale des circuits de liquidation et de paiement

Les décisions d'attribution de financement relèvent de l'entière responsabilité du directeur général de l'ARS.

La gestion comptable et financière du fonds a été confiée à la CNAMTS et aux caisses qu'elle désigne par décision du directeur général de la CNAMTS publiée au *BO*. La CNAMTS peut toutefois, dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage, déléguer aux ARS tout ou partie des opérations de liquidation, de vérification de la validité de la créance, de paiement et de comptabilisation.

(1) Pour la mission de PDSA, il est rappelé que, par dérogation, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 vaut décision de financement conformément à ce qui est prévu par le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

(2) Art. L. 6114-1 du CSP pour les établissements de santé, article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements et services médico-sociaux. Sociaux, article L. 1435-4 du code de la santé publique.

Le tableau ci-dessous résume l'organisation retenue par le CNP.

MISSIONS	ATTRIBUTIONS ARS-CPAM			
	Engagement	Liquidation (service fait, calcul exact du montant)	Contrôle de la liqui- dation/validité de la créance (*)	Paiement
PDSSES (L. 6112-1 CSP)	ARS	CPAM	CPAM	CPAM
PDSA (rémunérations forfaitaires)		ARS/CPAM (**)	CPAM	CPAM
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Amélioration de la qualité et coordination des soins		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		ARS	ARS	CPAM (sur ordre de paiement ARS)
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire		ARS	ARS	ARS
Mutualisation moyens structures sanitaires		ARS	ARS	CPAM
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie		ARS	ARS	CPAM

(*) Les opérations de liquidation et de son contrôle sont parfois intégrées et simultanées dans les chaînes de traitement.
(**) L'ARS valide les derniers tableaux de garde transmis par le conseil de l'Ordre, afin de s'assurer du respect du cahier des charges régional et donc de l'enveloppe financière avant de les transmettre à la CPAM.

Pour 2012, à titre transitoire, les circuits d'engagement de la dépense, de liquidation et de paiement se fondent sur les dispositifs préexistants propres aux composantes antérieures du FIR, qui ont été toutefois réaménagés pour partie.

V. – LES CIRCUITS TRANSITOIRES DE LIQUIDATION ET DE PAIEMENT EN 2012

a) Les attributions des ARS et des CPAM en 2012

En 2012, les ARS demeurent compétentes en matière d'engagement, de liquidation, de paiement et de comptabilisation des dépenses de prévention, santé publique et sécurité sanitaire qui sont financées – *via* le FIR – par le programme 204 et les fonds de prévention de l'assurance maladie et font l'objet, à titre transitoire, d'une double comptabilisation au titre du FIR, d'une part, et du budget et des comptes des ARS, d'autre part.

Les CPAM assurent, selon les cas, la liquidation et/ou son contrôle, et dans tous les cas, le paiement et la comptabilisation des dépenses relatives aux missions du FIR autres que celles financées par le programme 204 et les fonds de prévention de l'assurance maladie.

En 2012, ces opérations de liquidation et paiement sont assurées selon la nature des dépenses par des caisses différentes, le plus souvent celles qui étaient compétentes jusqu'au 1^{er} mars 2012 au titre des anciennes composantes du FIR.

MISSIONS	CRÉDITS ANTÉRIEURS AU FIR	CPAM COMPÉTENTES
PDSSES (L. 6112-1 CSP)	Ex-MIG PDSSES ES publics	Caisses pivots des ES (annexe VII-1)
	Ex-MIG PDSSES Es privés (paiement aux médecins)	CCDP des ES privés (annexe VII-2)
PDSA (rémunérations forfaitaires)	PDSA (rémunérations forfaitaires)	CPAM/dépt (annexe VII-4)

MISSIONS	CRÉDITS ANTÉRIEURS AU FIR	CPAM COMPÉTENTES
Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA	ex-FIQCS	Caisses régionales (annexe VII-3)
Amélioration de la qualité et coordination des soins	ex-MIG ETP	Caisses pivots des ES publics (annexe VII-1)
		CCDP des ES privés (annexe VII-2)
	ex-MIG CPP	Caisses pivots des ES publics (annexe VII-1)
		CCDP des ES privés (annexe VII-2)
Modernisation, adaptation et restructuration de l'offre	ex-FMESPP	Caisses régionales (annexe VII-3)
Amélioration des conditions de travail des personnels des ES et accompagnement social		
Prévention, santé publique et sécurité sanitaire	BOP 204 + Fonds prévention AM	(ARS)
	ex-MIG CDAG	Caisses pivots des ES publics (annexe VII-1)
		CCDP des ES privés (annexe VII-2)
Mutualisation, moyens, structures sanitaires	-	Caisses régionales (annexe VII-3)
Prévention et prise en charge des handicaps et de la perte d'autonomie	-	Caisses régionales (annexe VII-3)

Ainsi, la liquidation, le paiement et la comptabilisation des dépenses relatives aux centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG), aux centres périnataux de proximité (CPP), aux établissements de santé au titre de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) relèvent en 2012 des circuits de liquidation qui prévalaient jusqu'au 1^{er} mars 2012 au titre des MIG (liquidation et paiement par les caisses centralisatrices de paiement-CCDP).

b) La permanence des soins en établissements de santé

En 2012, les dépenses de gardes et astreinte au titre de la PDSSES sont financées par des MIG, puis par le FIR, qui est entré en vigueur le 1^{er} mars 2012.

i. La permanence des soins dans les établissements de santé publics

La circulaire DGOS/R1 n° 2012-131 du 16 mars 2012 relative à la campagne tarifaire 2012 vous délègue au titre de la permanence des soins dans les établissements publics de santé et ESPIC des crédits MIG pour janvier et février 2012.

Les dépenses de permanence des soins de ces établissements de santé sont ensuite financées par le FIR pour la période du 1^{er} mars au 31 décembre 2012 (*cf.* annexe VI de la circulaire précitée).

Il vous appartient donc de notifier à chaque établissement de santé, par arrêté, le montant total des crédits qui lui sont alloués au titre des MIG pour l'exercice 2012, qui inclut le montant de la MIG PDSSES au titre des mois de janvier et février 2012.

Vous devrez notifier simultanément à l'établissement la première décision attributive de financement par le FIR de la PDSSES pour les dix mois suivants (mars à décembre 2012) ou pour une partie des mois qui suivent si vous prenez plusieurs décisions de financement relatives à ces dix mois.

Il est très important que vous procédiez simultanément à ces deux notifications de crédits MIG et FIR, afin d'éviter aux établissements de santé des difficultés possibles de trésorerie (en effet, la CPAM qui effectue des versements provisoires par douzième, procède à une régularisation du montant à verser au titre de l'exercice le mois où elle reçoit l'arrêté MIGAC de l'ARS).

Les CPAM procèdent à la comptabilisation des charges de PDSSES (au titre des MIG ou au titre du FIR) à partir des pièces justificatives que constituent l'arrêté et la décision attributive de financement. Les CPAM compétentes (les caisses pivots compétentes pour le paiement des MIG aux ES publics) assurent des versements par douzième aux établissements au titre du FIR comme c'était le cas au titre de la MIG.

Le fait générateur de la charge, donc du rattachement de la dépense à l'exercice, est la date de la décision d'attribution de financement.

ii. La permanence des soins dans les établissements de santé privés

Il vous est rappelé que, depuis le 1^{er} janvier 2012, les médecins libéraux participant à la PDSSES continuent d'être payés directement par les CPAM. Les CPAM compétentes sont les caisses centralisatrices de paiement (CCDP) compétentes pour le paiement des MIG aux cliniques.

La troisième circulaire de campagne de décembre 2011 vous a délégué par anticipation des crédits MIG destinés à financer les dépenses de permanence des soins dans les établissements de santé privés pour les mois de janvier, février et mars 2012. Les dépenses de permanence des soins de ces établissements (indemnisation directe des médecins) seront financées par le FIR à compter du 1^{er} avril 2012. Il convient de préciser que, compte tenu du système de liquidation et de paiement de l'assurance maladie, les dépenses de garde et d'astreinte des médecins libéraux effectuées à compter de cette date seront automatiquement imputées sur le FIR. Le fait générateur de la charge, donc du rattachement de la dépense à l'exercice, est la date de la garde déclarée.

Les modalités de contractualisation, de liquidation et de paiement précisées dans l'instruction DGOS/R3-R5/2011 du 16 décembre 2011 sont toujours applicables. L'ensemble des documents qu'il était demandé aux médecins, établissements, ARS et CPAM de signer, pour la plupart avant le 31 janvier 2012, demeurent valables.

Vous avez pris un arrêté fixant la dotation relative au financement de la MIG PDSes pour les mois de janvier, février et mars 2012. Vous devez prendre une décision attributive de financement de la PDSes au titre du FIR pour la période du 1^{er} avril à la fin du mois de décembre 2012 ou pour une partie des mois concernés si vous choisissez de prendre plusieurs décisions de financement relatives à ces neuf mois.

Il convient de noter qu'à l'arrêté interministériel du 16 janvier 2012 se substituera un autre arrêté relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé. Cet arrêté reprend les termes de l'arrêté du 16 janvier 2012.

c) La permanence des soins ambulatoire

i. Rémunérations forfaitaires au titre de la PDSA

L'instruction DSS/1B n° 2012-160 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de PDSA précise le circuit de liquidation et de paiement de ces forfaits à compter de l'entrée en vigueur du cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6 du CSP. La partie III de cette instruction précise que la création du FIR ne modifie pas ces modalités de liquidation et de paiement. L'instruction du 7 janvier 2012 détaille ainsi les hypothèses d'entrée en vigueur du cahier des charges avant et après le 1^{er} mars.

En application des dispositions de l'article R. 1435-29 du CSP, le cahier des charges régional vaut décision de financement. En vertu de l'article R. 1435-30 du CSP, l'octroi de ces financements n'est pas subordonné à la conclusion d'un contrat entre l'ARS et l'organisme bénéficiaire.

Les CPAM compétentes sont précisées dans l'annexe 8 de la présente circulaire.

Il convient en outre de noter que le FIR finance les forfaits de PDSA dès son entrée en vigueur, soit le 1^{er} mars 2012, quelle que soit la date de publication du cahier de charges (I de l'art. 4 du décret n° 2012-27 relatif au FIR). La dotation de l'assurance maladie au FIR au titre de 2012 a été calculée à partir d'une estimation des crédits de PDSA à hauteur d'environ 10/12 des crédits qui vous ont été alloués par l'instruction du 20 avril 2011. Le fait générateur de la charge, donc du rattachement de la dépense à l'exercice est la date de réalisation de la régulation ou de l'astreinte.

Pour la région Pays de la Loire, le FIR finance l'ensemble des rémunérations forfaitaires et à l'acte rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins dans la zone d'expérimentation (1), ainsi que les forfaits de garde et d'astreinte des zones non expérimentales.

ii. Autres actions concourant à l'amélioration de la PDSA

Conformément à l'article R. 1435-16 du CSP, le fonds participe au financement d'actions ou de structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les maisons médicales de garde.

Les circuits de liquidation et de paiement relatifs à ces financements relèvent des règles applicables aux structures et actions anciennement financées par le FIOCS (paragraphe suivant d-i).

d) L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins

Au titre de ses missions d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins mentionnées aux 2^o et 3^o de l'article L. 1435-8 et à l'article R. 1435-17 du CSP, le FIR finance principalement les actions, structures ou expérimentations relevant antérieurement du FIOCS, les programmes en établissements de santé d'ETP auparavant financés par la MIG ETP, les centres périnataux de proximité (CPP) auparavant financés par la MIG CPP. Au titre de cette mission, le FIR peut également financer les contreparties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) prévus à l'article L. 1435-4 du CSP (2).

i. Les actions et structures anciennement financées par le FIOCS

1. Conditions d'attribution des crédits par le DG ARS

Conformément aux dispositions précitées de l'article 3 du décret relatif au FIR des ARS, les sommes qui vous ont été attribuées au titre du FIOCS avant le 1^{er} mars 2012, même si elles n'ont pas

(1) Arrêté du 31 décembre 2009 fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence de soins.

(2) Les contreparties financières sont financées par le FIR ou par la dotation MIGAC.

encore donné lieu à un engagement de dépenses ou à un paiement au bénéficiaire, continuent d'être engagées, liquidées, payées et comptabilisées selon les dispositions et les modalités applicables avant le 1^{er} mars 2012.

Des crédits vous ont été alloués le 6 février 2012 par la présidence du comité national de gestion du FIOCS, au titre du début de l'exercice 2012, dans l'attente de l'entrée en vigueur du FIR le 1^{er} mars 2012. Ces crédits sont ainsi gérés selon les modalités propres au FIOCS.

Il vous appartient d'allouer aux bénéficiaires l'ensemble des crédits qui vous ont été notifiés le 6 février 2012 au titre du FIOCS, avant d'attribuer des crédits du FIR.

2. Modalités de liquidation et de paiement

De nouvelles modalités de liquidation et de paiement se substituent aux pratiques régionales existantes pour les dépenses relatives à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, à l'amélioration de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.

En application des articles L. 1435-10 et R. 1435-32 du CSP, la CNAMTS a délégué aux ARS, dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage, les opérations de liquidation et de vérification de la validité des créances pour les dépenses relevant du périmètre des anciennes actions régionales financées par le FIOCS.

Le paiement est effectué par les caisses d'assurance maladie régionales mentionnées dans l'annexe VII-3 de la présente circulaire.

Ainsi, pour obtenir le paiement par la caisse compétente des sommes qu'elle alloue aux structures, l'ARS transmet à la caisse les deux documents suivants :

- la décision attributive de financement (cf. modèle annexe IV) ;
- attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement (modèle annexe VI).

ii. Les programmes en établissement de santé d'ETP

Les crédits attribués par l'ARS à des établissements de santé pour financer des programmes hospitaliers d'ETP font l'objet d'une décision attributive de financement conforme au modèle de l'annexe IV ou V – en lieu et place de l'arrêté MIG – mais seront liquidés et payés par les caisses d'assurance maladie traditionnellement compétentes pour les MIG (caisses pivots pour les ES publics et CCDP pour les ES privés).

Si l'ARS souhaite financer des programmes hospitaliers d'ETP à des établissements autres que MCO (ES psychiatriques ou SSR), les circuits de liquidation et de paiement sont ceux de droit commun, soit la caisse payeuse compétente de la structure.

Les crédits alloués par l'ARS aux promoteurs de programmes d'ETP qui ne sont pas des établissements de santé et habituellement financés sur leurs crédits du programme 204 continueront d'être liquidés et payés par l'ARS.

iii. Les centres périnataux de proximité

De même, les crédits attribués par l'ARS aux centres périnataux de proximité (CPP) font l'objet d'une décision attributive de financement conforme au modèle de l'annexe IV ou V – en lieu et place de l'arrêté MIG – mais sont liquidés et payés par les caisses d'assurance maladie traditionnellement compétentes pour les MIG (caisses pivots pour les ES publics et CCDP pour les ES privés).

Le fait générateur de la charge, donc du rattachement de la dépense à l'exercice est la date de la décision d'attribution de financement.

iv. Les contreparties financières des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS) prévus à l'article L. 1435-4 du CSP

Une décision en cours de publication fixant un contrat type pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins portant sur le transport sanitaire (« CAQCS VSL ») prévoit le financement par le FIR de la contrepartie financière éventuellement due au transporteur sanitaire.

En 2012, une avance au titre du premier semestre 2012 pourra être versée en septembre en fonction de l'atteinte des objectifs sur ces six premiers mois. Les modalités de contractualisation, d'engagement, de liquidation, paiement et comptabilisation seront précisées dans une circulaire ultérieure.

e) Modernisation, restructuration, amélioration des conditions de travail (les missions financées antérieurement par le FMESPP)

i. Conditions d'attribution des crédits par le DG ARS

Au titre des missions mentionnées aux 4^o et 5^o de l'article L. 1435-8 et R. 1435-18 à 19 du CSP, le fonds peut notamment financer :

- des opérations de modernisation, d'adaptation et de restructuration des établissements de santé ou de leurs groupements. Ces opérations peuvent comprendre des dépenses d'investissement dans les conditions et dans la limite d'un montant qui sera fixé par arrêté interministériel ;
- des frais de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en œuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière ;

- des mesures de ressources humaines financées antérieurement par le FMESPP (contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, actions de gestion prévisionnelle des métiers, emplois et des compétences ; aides individuelles, de prestations et de compléments de rémunération).

Tous les établissements de santé privés sont désormais éligibles à ces aides. Dans ces établissements, les aides individuelles ne peuvent toutefois se substituer aux financements ayant le même objet prévus par les dispositions du titre deuxième du livre premier de la cinquième partie du code du travail ou par des accords ou conventions collectives.

Les crédits qui vous ont été attribués au titre du FMESPP avant le 1^{er} mars 2012, y compris ceux qui n'ont pas encore été notifiés ou payés à cette date, continuent d'être gérés selon les modalités antérieures (*cf. supra*, partie II, b).

ii. Nouvelles modalités de liquidation, paiement et comptabilisation

Dans le cadre du FMESPP, si les dépenses étaient engagées par le directeur général de l'ARS, il appartenait au bénéficiaire d'adresser les justificatifs de service fait à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui procédait à la liquidation et au paiement.

Désormais, la CDC n'intervient plus dans la gestion de ces crédits. En revanche la CDC reste compétente pour les crédits qui continuent de relever du périmètre du FMESPP, indépendamment de la création du FIR.

En application des articles L. 1435-10 et R. 1435-32 du CSP, la CNAMTS a délégué aux ARS, dans le cadre des orientations définies par le Conseil national de pilotage, les opérations de liquidation et de vérification de la validité des créances, pour les dépenses de modernisation, restructuration de l'offre et d'accompagnement social (missions mentionnées aux 4^o et 5^o de l'article L. 1435-8 et R. 1435-18 à 19 du CSP). Ainsi, l'ARS assure l'engagement, la liquidation, le contrôle du service fait et du montant liquidé.

Elle transmet à la caisse compétente (caisses régionales mentionnées dans l'annexe VII-3) la décision attributive de financement (*cf.* modèle annexe IV ou V) au bénéficiaire et une copie à la CPAM compétente.

Les bénéficiaires adressent à l'ARS les pièces justifiant de la réalisation de l'action et demandes de paiement. Les modalités de liquidation et de paiement de certaines actions financées par la FIR au titre de la mission d'accompagnement social mentionnée au 5^o de l'article L. 1435 du CSP vous seront précisées dans une prochaine circulaire.

Pour toute mission ou action financée par le FIR, le montant qui est payé (et qui fait l'objet d'un ordre de paiement à la caisse) devra être intégralement justifié par des pièces attestant du service fait transmises par le bénéficiaire à l'agence. Il convient de procéder au paiement au fur et à mesure de la réception des factures ou lorsque l'ensemble des factures sont produites. Ces règles s'appliquent désormais quelles que soient les instructions antérieures relatives aux modalités de liquidation et de paiement de certains plans de santé publique.

Après liquidation et contrôle du service fait, l'ARS transmet à la caisse compétente :

- une attestation de contrôle du service fait et un ordre de paiement (annexe VI) ;
- le RIB de l'établissement de santé ou de la personne bénéficiaire ;
- les justificatifs du contrôle interne effectué doivent être conservés par l'ARS.

Vous veillerez à informer les établissements de santé des nouvelles procédures d'engagement des dépenses relevant antérieurement du FMESPP et du nouvel interlocuteur que constitue l'ARS à la place de la CDC (*cf.* annexe IV).

Lorsque le délai entre la date de la décision d'attribution du financement et le paiement sur service fait est de plus d'un an, le fait générateur de la charge et donc du rattachement de la dépense à l'exercice est la date du service fait, et non la date de la décision attributive de financement. Celle-ci donnera lieu à la constitution d'une provision.

iii. Précisions sur certaines aides individuelles destinées aux agents des établissements de santé financées par le FIR

Au titre des missions mentionnées au 3^o de l'article R. 1435-19 du CSP, le fonds finance des aides individuelles destinées aux agents des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS.

L'arrêté interministériel du 27 février 2012 susmentionné fixe la liste et les conditions de versement des aides individuelles.

Ainsi les indemnités de départ volontaire (IDV), instituées par le décret n° 98-1220 du 29 décembre 1998 et versée au profit de fonctionnaires, agents stagiaires et agents contractuels en fonctions dans un établissement de santé et concernés par une opération de réorganisation, sont payées aux établissements de santé privés, mais font l'objet d'un paiement direct aux agents des établissements publics de santé.

Conformément aux décisions de la Cour de cassation du 3 mars 2011 (1), le montant de l'indemnité versée à ce titre n'entre pas dans l'assiette de calcul de la CSG et de la CRDS.

(1) Cass, chambre civile 2, 3 mars 2011, n° 10-16297, n° 10-16298 et n° 10-16299.

f) Prévention, santé publique, sécurité sanitaire

L'arrêté de répartition régionale des crédits fixe le montant des crédits couverts par la fongibilité asymétrique :

- les crédits issus du programme 204 et des fonds de prévention de l'assurance maladie ;
- les crédits issus de l'ancienne MIG centres de dépistage anonymes et gratuits (CDAG).

Ces deux sous-ensembles continuent de relever, pour ce premier exercice de mise en œuvre du FIR, des circuits d'engagement, de liquidation et de paiement existants jusqu'ici.

i. Les crédits issus du programme 204 et des fonds de prévention de l'assurance maladie

À titre transitoire en 2012, les crédits prévention-santé publique, sécurité sanitaire – issus du BOP 204 du budget de l'État et des fonds de prévention de l'assurance maladie (1) – sont retracés à la fois dans le budget et les comptes des ARS, d'une part, et dans l'EPRD et les comptes du FIR, d'autre part.

Les ARS continuent d'assurer elles-mêmes les opérations de l'ensemble de la chaîne de la dépense, de l'engagement jusqu'au paiement et la comptabilisation dans le système d'information budgétaire et comptable des ARS (SIBC).

Le SIBC retracera ces deux périmètres, dans deux « briques »/« gestions » distinctes. Le plan de comptabilité générale du FIR (*cf. infra*) reprend également le détail des comptes de destination suivis dans le cadre du reporting LOLF. La dépense est rattachée à l'exercice, de manière générale, si la signature de la convention annuelle (ou de l'avenant annuel à une convention pluriannuelle) porte sur l'exercice et si l'action financée est bien réalisée sur l'exercice en cours.

ii. Les crédits issus de l'ex-MIG CDAG

Les crédits alloués par l'ARS aux CDAG continuent de relever du même circuit de liquidation et de paiement que celui mis en œuvre pour l'ancienne MIG CDAG. Le fait générateur de la charge, donc du rattachement de la dépense à l'exercice est la date de la décision attributive de financement.

g) Les actions en faveur du secteur médico-social

Le financement d'actions en matière de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie et de prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes n'a pas été prévu dans le calcul des dotations octroyées aux ARS au titre du FIR pour l'année 2012. Rien n'interdit toutefois aux ARS, si elles le souhaitent, de financer de telles actions sur les dotations allouées en 2012.

La demande de paiement doit être adressée à la caisse d'assurance maladie régionale mentionnée à l'annexe VII-3 de la présente circulaire. Cette demande fera l'objet d'un signalement *ad hoc* au niveau national (direction déléguée des finances et de la comptabilité de la CNAMTS et secrétariat du CNP) pour confirmer les modalités de liquidation et de paiement de cette opération.

h) Les actions visées à l'article R. 1435-21 du CSP

L'article R. 1435-21 du CSP permet le financement sur le FIR d'actions de mutualisation des moyens de plusieurs ou de la totalité des professionnels et structures sanitaires de la région, notamment en matière de systèmes d'information, de groupement d'achats, d'accompagnement de la modernisation et des restructurations ou d'ingénierie de projets.

Il vise ainsi notamment le financement de missions d'accompagnement (des consultants par exemple) de projets conduits avec les établissements de santé. Les circuits de liquidation et de paiement sont ceux de droit commun, mentionnés au e, ii de la présente circulaire (caisse régionale).

Toute autre attribution de financement au titre du FIR qui ne relèverait pas des cas mentionnés *supra* est soumise aux modalités de liquidation et de paiement de droit commun, relatives à la plupart des actions d'amélioration de la coordination et qualité des soins et de modernisation et restructuration : engagement, liquidation, contrôle du service fait par l'ARS et envoi à la CPAM (caisse régionale de l'annexe VII), de la décision attributive de financement, du document d'attestation de contrôle du service fait et d'ordre de paiement et le cas échéant du RIB du bénéficiaire.

VI. – LE SUIVI DES DÉPENSES ET LE REPORTING FINANCIER

Le directeur général de l'ARS est seul responsable de la gestion des crédits qui lui sont alloués au titre du FIR.

a) Les échanges d'informations comptables entre ARS et CPAM en 2012

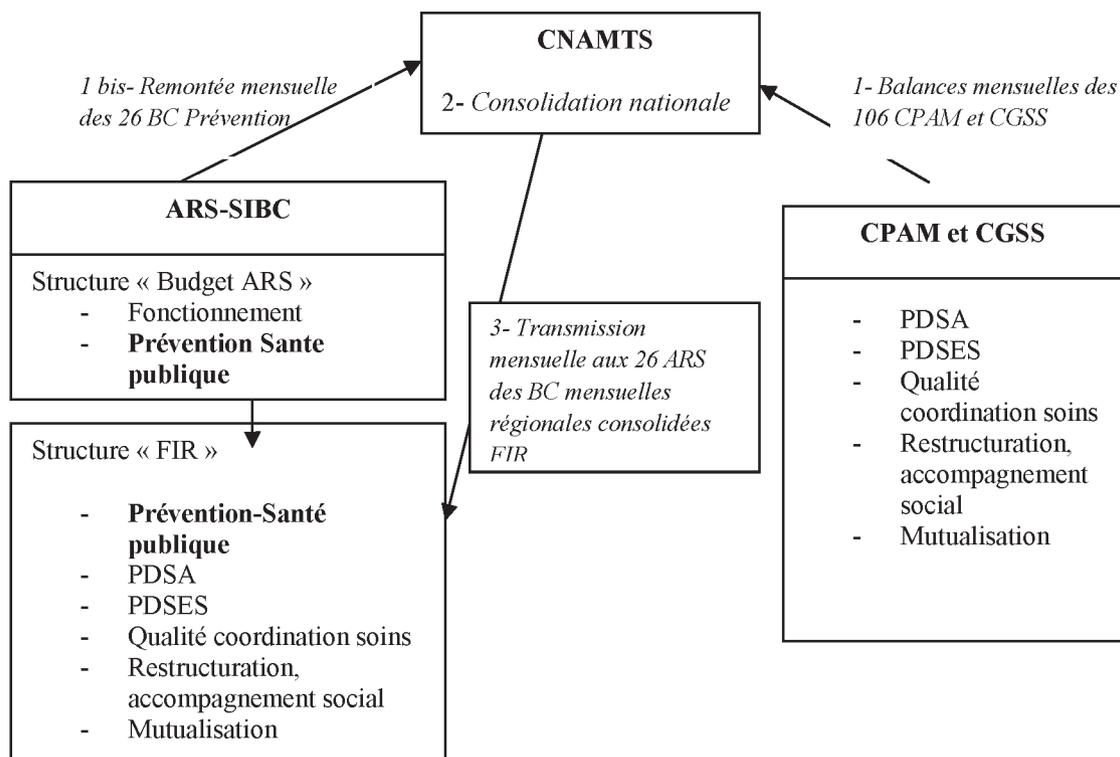
Les comptes du FIR sont établis par la CNAMTS par consolidation :

- d'une part, des balances comptables en provenance des CPAM relatives aux dépenses de PDSA, PDSES, des anciens FIQCS et FMESPP ;
- d'autre part, des balances comptables en provenance des ARS relatives aux opérations de prévention santé publique.

Les CPAM utilisent COPERNIC, les ARS le système d'information budgétaire et comptable des ARS (SIBC).

(1) Contribution des FNPEIS, FNPEIS-A et FNMP aux actions de prévention des ARS.

Les échanges mensuels des balances entre CNAMTS, CPAM et ARS sont schématisés ci-dessous.



Le SIBC des ARS comprend une « structure budgétaire » relative au périmètre actuel du budget des ARS (dépenses de fonctionnement et de santé publique prévention), qui reste inchangée et une autre « structure budgétaire » relative à la gestion du FIR.

Les modalités opérationnelles sont les suivantes :

- l'ARS, qui assure la liquidation, le paiement et la comptabilisation des dépenses de prévention-santé publique (à l'exception des dépenses CDAG) dans SIBC, transmet à la CNAMTS (à l'adresse suivante : arretedescomptes@cnamts.fr) le 5 du mois suivant, la balance comptable des opérations de prévention-santé publique ;
- la CNAMTS combine, pour chaque région, les balances transmises par les ARS et celles transmises par l'ensemble des CPAM qui payent les autres dépenses du FIR, et les transmet à la DAFIIS avant le 15 du mois M + 1, pour mise à disposition dans SIBC.

Le suivi de l'ensemble des crédits du FIR par l'ARS peut ainsi être assuré dans SIBC.

b) Les modalités de suivi infra-annuel des dépenses en 2012

Pour cette première année de mise en œuvre du FIR, le dispositif de reporting et de suivi infra-annuel des dépenses pour chaque région repose principalement sur :

- les informations issues des balances mensuelles comptables combinées transmises par la CNAMTS ;
- les résultats de requêtes réalisées par la CNAMTS à partir de données de liquidation (SNIIRAM).

i. Le suivi infra-annuel comptable et budgétaire

Le suivi infra-annuel peut être assuré dans SIBC.

Par ailleurs, en application de l'article R. 1435-28 du CSP, le directeur général de l'ARS établit chaque année un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) du fonds dans la région, qu'il transmet pour information au Conseil national de pilotage (cf. supra, III-a).

L'EPRD sera produit selon la maquette jointe dans l'annexe, à partir du SIBC et peut être modifié en cours d'année.

Les ARS qui le souhaitent pourront gérer le budget, les engagements et la liquidation dans le SIBC, à partir d'une répartition des tâches entre les services gestionnaires et le service financier, et donc disposer d'une comptabilité d'engagements dès 2012.

ii. Le suivi infra-annuel statistique

La CNAMTS, par l'intermédiaire des directeurs coordonnateurs de la gestion du risque (DCGDR) ou des DRSM met à disposition des ARS les résultats de certaines requêtes effectuées sur le SNIIRAM :

- un état trimestriel par établissement et type de forfaits (1) des paiements effectués pour des gardes et astreintes réalisées par des médecins libéraux au titre de la PDSES durant le trimestre concerné, sera réalisé dès la fin du deuxième mois suivant le trimestre considéré et sera transmis ensuite aux ARS (par exemple, transmission début juin des données relatives aux paiements des gardes et astreintes réalisées au cours du premier trimestre) ;
- un état trimestriel par département et type de forfaits (2) des paiements effectués pour des astreintes et régulation réalisées au titre de la PDSA durant le trimestre concernée sera réalisé dès la fin du deuxième mois suivant le trimestre considéré et sera transmis ensuite aux ARS (par exemple, transmission début juin des données relatives aux astreintes et à la régulation réalisées au cours du premier trimestre).

Les requêtes portant sur les trimestres de soins (correspondant aux dates de réalisation des astreintes ou de la participation à la régulation) nécessiteront d'être actualisées lors de chaque interrogation suivante, en raison du décalage entre la date de la participation à la permanence des soins et la date de paiement des différents forfaits et cela pour une durée de deux ans. Un trimestre pourra donc être revu huit fois consécutives mais pas au-delà.

- un état des dépenses liées à la mise en œuvre de la contrepartie prévue par le « CAQCS VSL » sera transmis aux ARS, *via* les DCGDR, dès la fin du deuxième mois ou début du troisième mois suivant le semestre considéré. Ces données permettront d'apprécier le respect des engagements et l'atteinte des objectifs de chaque transporteur.

iii. Les limites du suivi infra-annuel

Il convient de préciser qu'en raison des délais de comptabilisation des dépenses par les CPAM, qui dépendent de l'envoi par les bénéficiaires de la demande de paiement et des attestations de service fait (pour l'indemnisation des médecins libéraux participant à la PDSES, pour la PDSA) les dépenses au titre des derniers mois de l'exercice ne sont connues qu'après la clôture de l'exercice et donnent donc lieu à un suivi infra-annuel qui n'est pas exhaustif.

Les états financiers sont en droits constatés ; les écritures d'inventaire déterminées par la CNAMTS et/ou les ARS sont les suivantes :

- provisions pour les dépenses de PDSA, d'indemnisation des médecins libéraux dans les cliniques ;
- provisions pour les engagements dont les paiements interviennent plus d'un an après l'engagement (dépenses d'accompagnement social, de restructuration, etc.) ;
- charges à payer pour les autres dépenses.

La possibilité d'un report à nouveau a été prévue.

c) Le reporting financier ex-post

i. Rappel des dispositions législatives et réglementaires

Au niveau régional

Le directeur général de l'ARS transmet chaque année au CNP, avant le 31 mai, un rapport relatif aux actions financées par le fonds dans la région (art. R. 1435-34 et R. 1435.35 du CSP). Le premier rapport, relatif aux actions financées du 1^{er} mars au 31 décembre 2012, sera transmis avant le 31 mai 2013.

Au niveau national

En application de l'article L. 1435-10 du CSP, afin d'assurer un suivi de l'utilisation des dotations affectées au FIR, un bilan est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année. Ce bilan, arrêté par le CNP (3), contient notamment une analyse du bien-fondé du périmètre des actions mentionnées à l'article L. 1435-8, de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale. Pour 2012, un bilan sur les conditions de mise en place du fonds sera transmis au Parlement.

La CNAMTS produit un rapport financier relatif à l'exercice antérieur à l'attention du CNP des ARS.

(1) Forfait garde début de nuit (RGD), forfait garde nuit profonde ou samedi après-midi (RGN), forfait garde effectuée la nuit, dimanche ou jour férié (FPG), forfait astreinte début de nuit (RAN), forfait astreinte nuit profonde ou samedi après-midi (RAG), forfait astreinte nuit, dimanche et jour férié (FPA).

(2) Forfait régulation (REG), forfait début de nuit (PRN), forfait milieu de nuit (PRM), forfait nuit totale (PRT), forfait dimanche ou jour férié (PRD), forfait samedi après-midi (RSP), forfait samedi matin (RSA).

(3) Article R. 1435-10 du CSP.

ii. Les états financiers du FIR

Comme le prévoit l'article R. 1435-27 du CSP, les comptes du fonds d'intervention régional sont constitués d'un compte de résultat, de comptes de bilan et d'une annexe, qui retracent l'ensemble de l'activité du fonds au niveau national. Ils détaillent l'activité du fonds dans chaque région.

Le plan de comptabilité générale du FIR reprend également le détail des comptes de destination relatifs à la prévention-sécurité sanitaire, nécessaires au reporting LOLF.

Par ailleurs, un état des dépenses allouées par structures bénéficiaires au titre du FIR pour l'exercice 2012 sera établi au début de l'année 2013 par la CNAMTS.

iii. Suivi de l'ONDAM

Pour 2012, dans le cadre du suivi de l'ONDAM, les crédits composant la dotation de l'assurance maladie au FIR sont répartis entre les différents sous-objectifs. Ainsi, la PDSA s'impute sur les soins de ville, les MIG sur l'ONDAM hospitalier, etc.

iv. Le suivi de la déchéance quadriennale prévue à l'article L. 1435-10 du CSP

En application de l'article L. 1435-10 du CSP, les sommes notifiées par les ARS au titre d'un exercice pour des actions, expérimentations et structures financées par le fonds sont prescrites à son profit au 31 décembre du quatrième exercice suivant. Ainsi, les sommes attribuées par l'ARS à un bénéficiaire doivent être payées avant le 31 décembre du quatrième exercice suivant.

VII. – L'ÉVALUATION QUALITATIVE DES ACTIONS FINANCÉES PAR LE FIR

Pour chacune des actions financées au titre du FIR, les outils d'évaluation existants alimenteront le bilan annuel adressé au CNP.

Les modalités de reporting seront définies au cours de l'année 2012 en vue de l'élaboration du premier bilan qui devra être achevé pour le 31 mai 2013.

Les indicateurs et informations figurant à l'actuel rapport d'activité du FIOCS notamment ceux relatifs aux réseaux de santé, seront maintenus et intégrés à une grille de suivi et d'évaluation commune à l'ensemble des actions financées au titre du FIR. Les modalités d'évaluation annuelle de certaines mesures d'accompagnement social seront précisées dans une prochaine circulaire.

La lettre-réseau de la CNAMTS relative à la mise en œuvre du fonds d'intervention régional vous sera transmise.

Nous vous remercions de nous faire connaître les difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de la présente circulaire. Nos services sont à votre disposition pour de plus amples informations.

*La secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales,*
E. WARGON

*Le directeur général de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés,*
F. VAN ROEKEGHEM

ANNEXE I

PRÉCISIONS SUR LES ORIENTATIONS NATIONALES POUR 2012

En ce qui concerne le développement, dans les établissements de santé, des outils de gestion informatisée pour les risques associés aux soins, la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et le décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé renforcent les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, et rendent nécessaires des dépenses d'investissement portant sur la mise en place, l'amélioration ou l'extension de systèmes informatisés de collecte et de traitement d'informations.

Dans ce cadre, il importe de favoriser les projets démontrant :

- une articulation claire avec les nouvelles missions du coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (décret du 12 novembre 2010 précité), de la commission médicale d'établissement (CME) ou de la conférence médicale d'établissement (décret n° 2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé et décret n° 2010-1325 du 5 novembre 2010 relatif à la conférence médicale d'établissement des établissements de santé privés) et du président de la CME pour les établissements publics (décret n° 2009-1762 du 20 décembre 2009 relatif au président de commission médicale d'établissement) ;
- une cohérence des démarches de l'institution (certification, diffusion d'indicateurs, etc.) et des praticiens (DPC, etc.).

Par ailleurs, les projets retenus devront être compatibles avec :

- la définition réglementaire de la gestion des risques associés aux soins (notamment « prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins, et en cas de survenance d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise », [cf. décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 précité]) ;
- une conception intégrée de la gestion des risques associés aux soins (plutôt que fondée sur une approche cloisonnée, risque par risque) permettant le cas échéant une connexion entre les risques cliniques et non cliniques.

Les projets de traitement automatisé de données (à partir des données transmises par les laboratoires, pharmacies, blocs, à partir des données du dossier patient...) visant à surveiller (infections nosocomiales), signaler (infections nosocomiales, iatrogénie médicamenteuse, vigilances...), ou à mesurer la qualité et la sécurité des soins (indicateurs, dont ceux fixés par l'arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats publiés chaque année des indicateurs de qualité et de sécurité des soins) entrent dans ce cadre.

ANNEXE II

DOCUMENT TYPE

Demande d'appel de fonds à la CNAMTS au titre de la fongibilité asymétrique

Direction/service XXXX le XX 2012
Le directeur général de l'agence régionale de santé de XXXXX

Affaire suivie par : à
Courriel : XXX
Direction déléguée des finances et de la comptabilité (DFC),
CNAMTS,
26-50, avenue du Professeur-André-Lemierre,
75986 Paris Cedex 20

Objet : demande de crédits au titre de la fongibilité asymétrique mise en œuvre dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR)

En application des dispositions générales relatives au fonds d'intervention régional (FIR), notamment les articles L. 1435-9, L. 1435-10, R. 1435-26 et R. 1435-32 du code de la santé publique, et de la circulaire SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, je vous informe que je souhaite mettre en œuvre le principe de fongibilité asymétrique en faveur des crédits destinés à des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire.

Aussi, je vous demande de verser sur le compte bancaire de l'ARS des crédits d'un montant de XXX €, qui financeront des actions de promotion de la santé, éducation à la santé et prévention des maladies et sécurité sanitaire, en plus des crédits notifiés à l'agence par l'arrêté interministériel du XXX au titre de la dotation de l'État, des fonds de prévention de l'assurance maladie mentionnés au 2^e alinéa de l'article L. 1434-6 du CSP et au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2^e de l'article R. 1435-24 du CSP.

*Le directeur général
de l'agence régionale de santé de XXXX,*

Copie :

Secrétaire générale des ministères sociaux.

ANNEXE III

EPRD TYPE

EPRD										
Compte de résultat prévisionnel détaillé										
Dépenses					Recettes					
Compte	Intitulé	Exécution n-1	Estimation N	BP N	Compte	Intitulé	Exécution n-1	Estimation N	BP N	
65611131	Permanence des soins ambulatoire	0	0	0		Dotations assurance maladie	0	0	0	
65611132	Permanence des soins en établissement de santé	0	0	0	75721611	au titre des fonds de prévention de l'AM art R. 1435-23 1° du CSP - FIR	0	0	0	
6572131	Modernisation, adaptation, restructuration offre- FIR	0	0	0	75721612	au titre des autres crédits de l'assurance maladie art. R. 1435-23 2° du CSP	0	0	0	
65721311	Conseil, pilotage, accompagnement performance hospitalière				757216121	crédits de prévention hors fonds de prévention de l'AM	0	0	0	
65721312	Modernisation, adaptation, restructuration ES - FIR	0	0	0	757216122	autres crédits	0	0	0	
6572132	Améliorations conditions de travail et accompagnement social	0	0	0	7572162	Dotation de l'Etat art. L. 1435-9 2° du CSP - FIR	0	0	0	
6572133	Prévention, promotion et éducation pour la santé, veille et sécurité sanitaire - FIR	0	0	0						
65721331	Actions de santé publique des plans et programmes nationaux, actions recentralisées ou inscrites dans le projet régional de santé (hors ETP)	0	0	0						
65721332	Actions relatives à l'éducation pour la santé et à l'accès à la santé	0	0	0						
65721333	Actions mises en oeuvre dans le cadre de la gestion des urgences et des événements sanitaires imprévus	0	0	0						
65721334	Pilotage régional de la politique de santé publique	0	0	0						
65721335	Centres de dépistage anonymes et gratuits	0	0	0						
6572134	Amélioration qualité - coordination des soins	0	0	0						
6572135	Contrats d'amélioration de la qualité des soins (CAGCS)	0	0	0						
6572136	Mutualisation des moyens structures sanitaires	0	0	0						
6572137	Prévention et prise en charge des personnes âgées et handicapées	0	0	0						
6572138	Autres charges	0	0	0						
	Total hors imputation N dépenses	0	0	0		Total hors imputation N recettes	0	0	0	0
	Total des dépenses	0	0	0		Total des recettes	0	0	0	0
	Dont Autres comptes	0	0	0			0	0	0	0
	Résultat prévisionnel : Bénéfice (3)	0	0	0		Résultat prévisionnel : Perte (3)	0	0	0	0
	Totaux égaux en dépenses et en recettes	0	0	0		Totaux égaux en dépenses et en recettes	0	0	0	0

ANNEXE IV

MODÈLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT AU TITRE DES MISSIONS DU FIR
MENTIONNÉES AUX 1^o À 8^o DE L'ARTICLE L. 1435-8 DU CSP

Direction/service

XXXX le XX 2012

Le directeur général
de l'agence régionale de santé
de XXXXX

Affaire suivie par :

à

Courriel :

XXX [Bénéficiaire]

[Établissement de santé]

EJ FINESS : [...] EG FINESS : [...]

Objet : décision de financement au titre du fonds d'intervention régional.

Dans le cadre des missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR) mentionnées au [XX] de l'article L. 1435-8 et au [XX] de l'article [R. 1435-16 à 22] du code de la santé publique, j'ai l'honneur de vous attribuer la somme de [XXX] pour la période [YY], soit [XX] € au titre de l'exercice 2012, en vue du financement de *[détail de l'objet de l'action]*.

Vous trouverez ci-joint le contrat mentionné à l'article R. 1435-30 du code de la santé publique. Ce contrat mentionne l'objet de *[l'action/l'expérimentation/la structure financée]*, les conditions de sa prise en charge financière et de son évaluation, ainsi que les engagements qui vous lient en tant que bénéficiaire.

[Rappel de la demande de financement du bénéficiaire, détail du calcul le cas échéant.]

Afin d'obtenir le versement de cette somme, il vous appartient de nous transmettre les pièces justificatives suivantes :

- *[les pièces justificatives nécessaires au contrôle du service fait par l'ARS peuvent avoir été demandées au moment de l'instruction de la demande et de la décision attributive de financement].*

[Pour les actions mentionnées anciennement financées par le FMESPP.] Je vous précise que de nouveaux circuits de liquidation et de paiement sont mis en œuvre au titre de cette action, qui était susceptible de relever antérieurement d'un financement par le FMESPP. Désormais, la Caisse des dépôts et consignations n'est plus destinataire des documents justificatifs demandés : il vous appartient de les transmettre directement à mes services.

[Sauf pour les opérations payées par l'ARS.] La caisse primaire d'assurance maladie ..., qui est destinataire de la présente décision, procédera aux opérations de paiement.

Le directeur général
de l'agence régionale de santé de XXXX,

ANNEXE V

MODÈLE POSSIBLE DE DÉCISION ATTRIBUTIVE DE FINANCEMENT AU TITRE DES MISSIONS DU FIR MENTIONNÉES AUX 1^o À 8^o DE L'ARTICLE L. 1435-8 DU CSP LORSQUE LE BÉNÉFICIAIRE EST UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

[Ce modèle peut être utilisé en cas de volonté de l'ARS de prendre une décision de financement commune pour les MIG, les DAF et le FIR. Attention : un tel arrêté ne signifie pas que ces différents crédits sont fongibles entre eux. En outre, cet arrêté ne fait pas obstacle à ce que des décisions de financement au titre du FIR soient prises selon le modèle figurant dans l'annexe IV.]

Arrêté fixant les dotations ou forfaits annuels de [...] pour l'exercice 2012 du [date]

[...],
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-12, L. 162-22-14, L. 174-1 et R. 162-42-4 ;
Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 1435-8 à L. 1435-11, R. 1435-16 à R. 1435-36 et R. 6145-26 ;
Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment l'article 33 modifié ;
Vu la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 ;
Vu l'arrêté ministériel du 22 décembre 2006 pris pour l'application du A du V de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté ministériel du [...] fixant pour l'année [...] l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté ministériel [...] fixant pour l'année [...] les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale ;
Vu l'arrêté du [...] fixant pour l'année [...] les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
Vu l'arrêté du [...] fixant pour l'année [...] les dotations régionales mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et les dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
Vu la circulaire [...] relative à la campagne tarifaire ... des établissements de santé ;
Vu la circulaire [...] relative à la campagne tarifaire ... des établissements de santé ;
Vu la circulaire relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;
Considérant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement de santé, en date du [...] ;
Considérant l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation en date du [...] ;
Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation qu'il exerce, et l'évaluation de leur mise en œuvre au [...] ;
Considérant les engagements contractuels pris par l'établissement dans le cadre de la mise en œuvre des actions financées par le fonds d'intervention régional mentionné au [...] de l'article L. 1435-8 et au [...] de l'article R. 1435-16 à R. 1435-22 du code de la santé publique,

Arrête :

Article 1^{er}

Les dotations ou forfaits annuels de l'établissement ci-après :

- établissement [...]
- n° FINESS [...].

Pour l'année [...] sont fixés par le présent arrêté.

Article 2

Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-12 du code de la sécurité sociale sont fixés à :

- forfait annuel relatif à l'activité d'accueil et de traitement des urgences [...] € ;
- forfait annuel relatif à l'activité de prélèvements d'organe [...] € ;
- forfait annuel relatif à l'activité de transplantation d'organes et de greffes de moelle osseuse [...] €.

Article 3

Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale est fixé à [...] € dont :

- missions d'intérêt général [...] € ;
- aide à la contractualisation [...] €.

Le tableau ainsi que les fiches annexés au présent arrêté détaillent et motivent ces montants.

Article 4

Le montant de la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est fixé, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-26 du code de la santé, à 4 304 117 € dont :

- DDAF SSR [...] € ;
- DDAF PSY [...] €.

Article 5

[Pour les actions financées par le FIR autres que la PDSSES]

Le montant de la somme attribuée au titre du fonds d'intervention régional, en application du [...] de l'article L. 1435-8 et du [...] de l'article R. 1435-16 à R. 1435-22 du code de la santé publique, en vue du financement de *[objet de l'action]*, est fixé à [...] €, pour la période [...], soit ... € au titre de l'exercice 2012.

[Pour la PDSSES]

Le montant de la somme attribué au titre du fonds d'intervention régional, en application du [...] de l'article L. 1435-8 et du [...] de l'article [R. 1435-16 à R. 1435-22] du code de la santé publique, en vue du financement de la permanence des soins en établissement de santé, est fixé à [...] euros pour la période [... sur 2012].

Article 6

Le présent arrêté est notifié à l'établissement [...] et à la caisse, selon le cas, mentionnée à l'article R. 174-1 ou R. 174-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article R. 1435-32 du code de la santé publique.

Article 7

Les recours contre le présent arrêté sont à former auprès du secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale – [...] – dans le délai d'un mois à compter de la notification ou, selon le cas, de la publication du présent arrêté.

Article 8

Le directeur général de l'agence régionale de santé [...], le directeur du [...] sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à ...

*Le directeur général
de l'agence régionale de santé de XXXX,*

PIÈCES JUSTIFICATIVES

Afin d'obtenir le versement des sommes qui vous ont été attribuées par l'article 5 du présent arrêté au titre du fonds d'intervention régionale, il vous appartient de nous transmettre les pièces justificatives suivantes :

[XXXX]

[Pour les actions mentionnées anciennement financées par le FMESPP.] Je vous précise que de nouveaux circuits de liquidation et de paiement sont mis en œuvre au titre de cette action qui pouvait antérieurement relever d'un financement par le FMESPP. Désormais, la Caisse des dépôts et consignations n'est plus destinataire des documents justificatifs demandés : il vous appartient de les transmettre à mes services.

[Sauf pour les opérations payées par l'ARS.] La caisse primaire d'assurance maladie XXX, qui est destinataire de la présente décision, procédera aux opérations de paiement.

ANNEXE VI

ATTESTATION DE CONTRÔLE DE SERVICE FAIT ET ORDRE DE PAIEMENT

Direction/service XXXX le XX 2012
Le directeur général de l'agence
régionale de santé de XXXXX
Affaire suivie par : à
Courriel : M. l'agent comptable de la [CPAM
compétente] [adresse]

Objet : attestation de contrôle du service fait et ordre de paiement au titre du FIR pour [le
bénéficiaire].

[Le bénéficiaire] bénéficie d'un financement au titre du FIR au titre de l'exercice ..., qui lui est
attribué par la décision de financement jointe au présent courrier.

Le montant total du financement s'élève au titre de l'exercice ... à ... €.

Conformément à la décision attributive de financement, que vous trouverez ci-joint, les modalités
de paiement de ce financement annuel s'effectuent selon l'échéancier suivant.

Échéancier.

J'atteste que mes services procèdent au contrôle du service fait, conformément aux dispositions
de l'alinéa 3 de l'article L. 1435-10 et de l'article R. 1435-2 du code de la santé publique (CSP), et à la
délégation par la CNAMTS aux ARS de certaines opérations de liquidation, de contrôle de la validité
de la créance et de paiement au titre du fonds d'intervention régional (FIR) dans le cadre des orienta-
tions définies par le CNP des ARS du 9 mars 2012.

Vous voudrez bien ainsi effectuer le paiement de XX € correspondant à la [mensualité/période Y]
de l'exercice.

*Le directeur général
de l'agence régionale de santé de XXXXX*

ANNEXE VII

LISTE DES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE
DU RÉGIME GÉNÉRAL INTERVENANT AU TITRE DU FIR EN 2012

VII-1. *Caisses pivots des ES*

ORGANISME	
1070	CPAM DE BOURG-EN-BRESSE
2070	CPAM DE L' AISNE
3070	CPAM DE MOULINS
4070	CPAM DE DIGNE
5070	CPAM DE GAP
6070	CPAM DE NICE
7070	CPAM DE L'ARDÈCHE
8070	CPAM DES ARDENNES
9070	CPAM DE FOIX
10070	CPAM DE TROYES
11070	CPAM DE CARCASSONNE
12070	CPAM DE RODEZ
13070	CPAM DE MARSEILLE
14070	CPAM DE CAEN
15070	CPAM D'AURILLAC
16070	CPAM D'ANGOULÈME
17070	CPAM DE LA ROCHELLE
18070	CPAM DE BOURGES
19070	CPAM DE TULLE
20070	CPAM D'AJACCIO
20071	CPAM DE BASTIA
21070	CPAM DE DIJON
22070	CPAM DE SAINT-BRIEUC
23070	CPAM DE GUÉRET
24070	CPAM DE PÉRIGUEUX
25070	CPAM DU DOUBS
26070	CPAM DE VALENCE
27070	CPAM D'ÉVREUX
28070	CPAM DE CHARTRES
29070	CPAM DU FINISTÈRE
30070	CPAM DE NÎMES
31070	CPAM DE TOULOUSE
32070	CPAM D'AUCH

ORGANISME	
33070	CPAM DE BORDEAUX
34070	CPAM DE L'HÉRAULT
35070	CPAM DE RENNES
36070	CPAM DE CHÂTEAUX
37070	CPAM DE TOURS
38070	CPAM DE L'ISÈRE
39070	CPAM DE LONS-LE-SAUNIER
40070	CPAM DE MONT-DE-MARSAN
41070	CPAM DE BLOIS
42070	CPAM DE LA LOIRE
43070	CPAM DU PUY
44070	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE
45070	CPAM D'ORLÉANS
46070	CPAM DE CAHORS
47070	CPAM D'AGEN
48070	CPAM DE MENDE
49070	CPAM DR MAINE-ET-LOIRE
50070	CPAM DE SAINT-LÔ
51270	CPAM DE REIMS
52070	CPAM DE CHAUMONT
53070	CPAM DE LAVAL
54070	CPAM DE MEURTHE-ET-MOSELLE
55070	CPAM DE BAR-LE-DUC
56070	CPAM DE VANNES
57070	CPAM DE MOSELLE
58070	CPAM DE NEVERS
59070	CPAM DE LILLE-DOUAI
59072	CPAM DES FLANDRES - DUNKERQUE - ARMENTIÈRES
59073	CPAM DE ROUBAIX-TOURCOING
59570	CPAM DU HAINAUT
60070	CPAM DE L'OISE
61070	CPAM D'ALENÇON
62071	CPAM DE L'ARTOIS
62271	CPAM DE LA CÔTE D'OPALE
63070	CPAM DE CLERMONT-FERRAND
64070	CPAM DE PAU
64170	CPAM DE BAYONNE
65070	CPAM DE TARBES
66070	CPAM DE PERPIGNAN
67070	CPAM DU BAS-RHIN
68170	CPAM DU HAUT-RHIN

ORGANISME	
69070	CPAM DU RHÔNE
70070	CPAM DE VESOUL
71070	CPAM DE MÂCON
72070	CPAM DU MANS
73070	CPAM DE CHAMBÉRY
74070	CPAM D'ANNECY
75072	CPAM DE PARIS
76070	CPAM DE ROUEN - ELBEUF - DIEPPE - SEINE-MARITIME
76270	CPAM DU HAVRE
77070	CPAM DE MELUN
78070	CPAM DE VERSAILLES
79070	CPAM DE NIORT
80070	CPAM D'AMIENS
81070	CPAM D'ALBI
82070	CPAM DE MONTAUBAN
83070	CPAM DE TOULON
84070	CPAM D'AVIGNON
85070	CPAM DE LA ROCHE-SUR-YON
86070	CPAM DE POITIERS
87070	CPAM DE LIMOGES
88070	CPAM D'ÉPINAL
89070	CPAM D'AUXERRE
90070	CPAM DU TERRITOIRE-DE-BELFORT
91070	CPAM D'ÉVRY
92070	CPAM DE NANTERRE
93070	CPAM DE BOBIGNY
94070	CPAM DE CRÉTEIL
95070	CPAM DE CERGY-PONTOISE
101070	CGSS DE POINTE-À-PITRE
102070	CGSS DE CAYENNE
103070	CGSS DE FORT-DE-FRANCE
104070	CGSS DE SAINT-DENIS

VII-2. *CCDP des ES privés*

ORGANISME	
001070	CPAM DE BOURG-EN-BRESSE
003070	CPAM DE MOULINS
004070	CPAM DE DIGNE
005070	CPAM DE GAP
006070	CPAM DE NICE

ORGANISME	
007070	CPAM DE L'ARDÈCHE
009070	CPAM DE FOIX
012070	CPAM DE RODEZ
013070	CPAM DE MARSEILLE
014070	CPAM DE CAEN
015070	CPAM D'AURILLAC
016070	CPAM D'ANGOULÈME
017070	CPAM DE LA ROCHELLE
018070	CPAM DE BOURGES
020070	CPAM D'AJACCIO
020071	CPAM DE BASTIA
021070	CPAM DE DIJON
022070	CPAM DE SAINT-BRIEUC
024070	CPAM DE PÉRIGUEUX
025070	CPAM DU DOUBS
026070	CPAM DE VALENCE
027070	CPAM D'ÉVREUX
028070	CPAM DE CHARTRES
029070	CPAM DU FINISTÈRE
031070	CPAM DE TOULOUSE
032070	CPAM D'AUCH
033070	CPAM DE BORDEAUX
034070	CPAM DE L'HÉRAULT
035070	CPAM DE RENNES
036070	CPAM DE CHÂTEAUX
037070	CPAM DE TOURS
038070	CPAM DE L'ISÈRE
040070	CPAM DE MONT-DE-MARSAN
041070	CPAM DE BLOIS
042070	CPAM DE LA LOIRE
043070	CPAM DU PUY
044070	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE
045070	CPAM D'ORLÉANS
046070	CPAM DE CAHORS
047070	CPAM D'AGEN
048070	CPAM DE MENDE
049070	CPAM DE MAINE-ET-LOIRE
050070	CPAM DE SAINT-LÔ
051270	CPAM DE REIMS
053070	CPAM DE LAVAL
054070	CPAM DE MEURTHE-ET-MOSELLE

ORGANISME	
056070	CPAM DE VANNES
057070	CPAM DE MOSELLE
058070	CPAM DE NEVERS
059072	CPAM DES FLANDRES
059070	CPAM DE LILLE - DOUAI
059073	CPAM DE ROUBAIX - TOURCOING
059570	CPAM DU HAINAUT
061070	CPAM D'ALENÇON
062271	CPAM DE LA CÔTE D'OPALE
062071	CPAM DE L'ARTOIS
063070	CPAM DE CLERMONT-FERRAND
064170	CPAM DE BAYONNE
064070	CPAM DE PAU
065070	CPAM DE TARBES
066070	CPAM DE PERPIGNAN
067070	CPAM DU BAS-RHIN
068170	CPAM DU HAUT-RHIN
069070	CPAM DU RHÔNE
071070	CPAM DE MÂCON
072070	CPAM DU MANS
073070	CPAM DE CHAMBÉRY
074070	CPAM D'ANNECY
075072	CPAM DE PARIS
076270	CPAM DU HAVRE
076070	CPAM DE ROUEN - ELBEUF - DIEPPE
077070	CPAM DE MELUN
078070	CPAM DE VERSAILLES
079070	CPAM DE NIORT
080070	CPAM D'AMIENS
081070	CPAM D'ALBI
082070	CPAM DE MONTAUBAN
083070	CPAM DE TOULON
084070	CPAM D'AVIGNON
085070	CPAM DE LA ROCHE-SUR-YON
086070	CPAM DE POITIERS
087070	CPAM DE LIMOGES
091070	CPAM D'ÉVRY
092070	CPAM DE NANTERRE
093070	CPAM DE BOBIGNY
094070	CPAM DE CRÉTEIL
095070	CPAM DE CERGY-PONTOISE

ORGANISME	
101070	CGSS DE LA GUADELOUPE
103070	CGSS DE FORT-DE-FRANCE
102070	CGSS DE CAYENNE
104070	CGSS DE SAINT-DENIS

VII-3. *Caisses régionales*

ORGANISME	
101070	CGSS DE LA GUADELOUPE
102070	CGSS DE CAYENNE
103070	CGSS DE FORT-DE-FRANCE
104070	CGSS DE SAINT-DENIS
75076	CRAMIF
13070	CPAM DE MARSEILLE
14070	CPAM DE CAEN
17070	CPAM DE LA ROCHELLE
20071	CPAM DE BASTIA
23070	CPAM DE GUÉRET
25070	CPAM DU DOUBS
31070	CPAM DE TOULOUSE
44070	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE
45070	CPAM D'ORLÉANS
51270	CPAM DE REIMS
56070	CPAM DE VANNES
57070	CPAM DE MOSELLE
62271	CPAM DE LA CÔTE D'OPALE
63070	CPAM DE CLERMONT-FERRAND
64170	CPAM DE BAYONNE
66070	CPAM DE PERPIGNAN
67070	CPAM DU BAS-RHIN
69070	CPAM DU RHÔNE
71070	CPAM DE MÂCON
76070	CPAM DE ROUEN - ELBEUF - DIEPPE
80070	CPAM D'AMIENS

VII-4. *CPAM*

ORGANISME	
1070	CPAM DE BOURG-EN-BRESSE
2070	CPAM DE L' AISNE

ORGANISME	
3070	CPAM DE MOULINS
4070	CPAM DE DIGNE
5070	CPAM DE GAP
6070	CPAM DE NICE
7070	CPAM DE L'ARDÈCHE
8070	CPAM DES ARDENNES
9070	CPAM DE FOIX
10070	CPAM DE TROYES
11070	CPAM DE CARCASSONNE
12070	CPAM DE RODEZ
13070	CPAM DE MARSEILLE
14070	CPAM DE CAEN
15070	CPAM D'AURILLAC
16070	CPAM D'ANGOULÈME
17070	CPAM DE LA ROCHELLE
18070	CPAM DE BOURGES
19070	CPAM DE TULLE
20070	CPAM D'AJACCIO
20071	CPAM DE BASTIA
21070	CPAM DE DIJON
22070	CPAM DE SAINT-BRIEUC
23070	CPAM DE GUÉRET
24070	CPAM DE PÉRIGUEUX
25070	CPAM DU DOUBS
26070	CPAM DE VALENCE
27070	CPAM D'ÉVREUX
28070	CPAM DE CHARTRES
29070	CPAM DU FINISTÈRE
30070	CPAM DE NÎMES
31070	CPAM DE TOULOUSE
32070	CPAM D'AUCH
33070	CPAM DE BORDEAUX
34070	CPAM DE L'HÉRAULT
35070	CPAM DE RENNES
36070	CPAM DE CHÂTEAUX
37070	CPAM DE TOURS
38070	CPAM DE L'ISÈRE
39070	CPAM DE LONS-LE-SAUNIER
40070	CPAM DE MONT-DE-MARSAN
41070	CPAM DE BLOIS
42070	CPAM DE LA LOIRE

ORGANISME	
43070	CPAM DU PUY
44070	CPAM DE LOIRE-ATLANTIQUE
45070	CPAM D'ORLÉANS
46070	CPAM DE CAHORS
47070	CPAM D'AGEN
48070	CPAM DE MENDE
49070	CPAM DR MAINE-ET-LOIRE
50070	CPAM DE SAINT-LÔ
51270	CPAM DE REIMS
52070	CPAM DE CHAUMONT
53070	CPAM DE LAVAL
54070	CPAM DE MEURTHE-ET-MOSELLE
55070	CPAM DE BAR-LE-DUC
56070	CPAM DE VANNES
57070	CPAM DE MOSELLE
58070	CPAM DE NEVERS
59070	CPAM DE LILLE - DOUAI
59072	CPAM DES FLANDRES - DUNKERQUE - ARMENTIÈRES
59073	CPAM DE ROUBAIX - TOURCOING
59570	CPAM DU HAINAUT
60070	CPAM DE L'OISE
61070	CPAM D'ALENÇON
62071	CPAM DE L'ARTOIS
62271	CPAM DE LA CÔTE D'OPALE
63070	CPAM DE CLERMONT-FERRAND
64070	CPAM DE PAU
64170	CPAM DE BAYONNE
65070	CPAM DE TARBES
66070	CPAM DE PERPIGNAN
67070	CPAM DU BAS-RHIN
68170	CPAM DU HAUT-RHIN
69070	CPAM DU RHÔNE
70070	CPAM DE VESOUL
71070	CPAM DE MÂCON
72070	CPAM DU MANS
73070	CPAM DE CHAMBÉRY
74070	CPAM D'ANNECY
75072	CPAM DE PARIS
76070	CPAM DE ROUEN - ELBEUF - DIEPPE - SEINE-MARITIME
76270	CPAM DU HAVRE
77070	CPAM DE MELUN

ORGANISME	
78070	CPAM DE VERSAILLES
79070	CPAM DE NIORT
80070	CPAM D'AMIENS
81070	CPAM D'ALBI
82070	CPAM DE MONTAUBAN
83070	CPAM DE TOULON
84070	CPAM D'AVIGNON
85070	CPAM DE LA ROCHE-SUR-YON
86070	CPAM DE POITIERS
87070	CPAM DE LIMOGES
88070	CPAM D'ÉPINAL
89070	CPAM D'AUXERRE
90070	CPAM DU TERRITOIRE-DE-BELFORT
91070	CPAM D'ÉVRY
92070	CPAM DE NANTERRE
93070	CPAM DE BOBIGNY
94070	CPAM DE CRÉTEIL
95070	CPAM DE CERGY-PONTOISE
101070	CGSS DE POINTE-À-PITRE
102070	CGSS DE CAYENNE
103070	CGSS DE FORT-DE-FRANCE
104070	CGSS DE SAINT-DENIS