



# Formation des équipes CECICS

Cellule d'Expertise et de Coordination pour  
l'Insuffisance Cardiaque Sévère  
Repérer les cadres d'exercice



CECICS\_Les fondamentaux\_2<sup>e</sup> partie

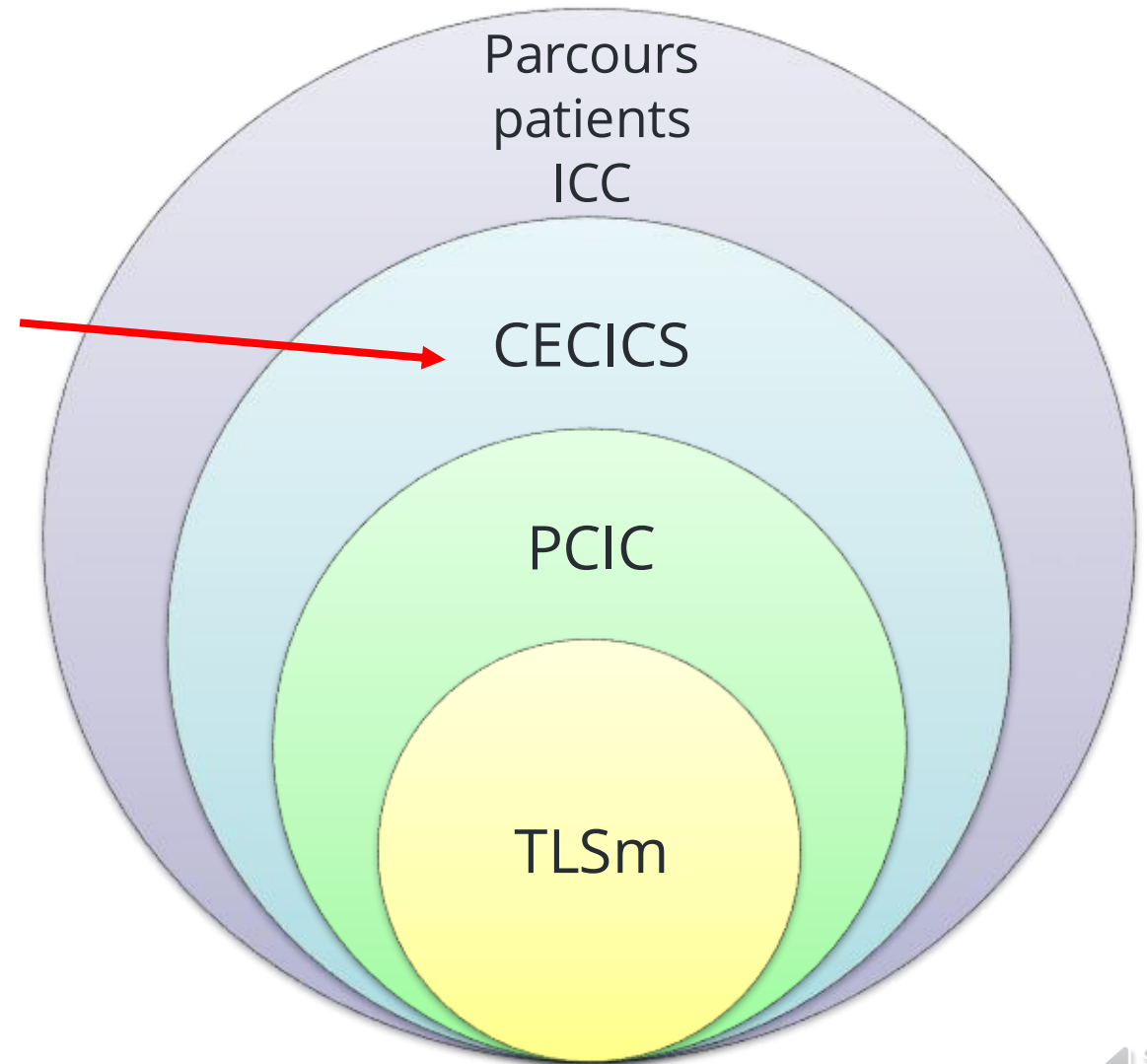
Auteur : Armelle Duchenne  
Cadre supérieur de santé - Cheffe de projet article51-CECICS





# OBJECTIFS pédagogiques

1. Situer le contexte de la pratique : parcours des patients ICC
2. Comprendre le périmètre d'action d'une CECICS
3. Intégrer le cadre réglementaire d'un protocole de coopération (PC) et celui de l'insuffisance cardiaque (PCIC)
4. Connaître la réglementation de la télésurveillance (TlSm) de l'insuffisance cardiaque chronique
5. Situer les rôles dans la mise en œuvre et les enjeux de pilotage et d'accompagnement





# Périmètre d'action d'une CECICS

Contexte d'expérimentation

Modules d'activité et impacts évalués

Conditions du cahier des charges national



# CECICS : proposition d'un nouveau système d'organisation de soins



- Solution venue du terrain (cardiologues/collégiale)
- Pour soutenir la mise en œuvre des recommandations de prise en charge de l'IC (ESC 2016, 2021, 2023) en tenant compte des contraintes
- Implique une organisation médico-soignante nouvelle
- Des modules combinés « au choix » pour répondre spécifiquement aux besoins de chaque patient, de façon évolutive dans le temps et dans l'intensité.
- Une mise en œuvre expérimentale « Article 51 » avec un mode de financement forfaitaire dérogatoire
- 8 équipes engagées dans une expérimentation sur 4 ans
- Evaluation externe positive : Cf. Rapport Cemka 2024

MODULES	ACTIONS
1	Télesurveillance (TLSm)
2	Titration (optimisation traitement de fond)
3	Consultations non programmées (décompensation)
4	Fragilité gériatrique (dépistage et orientation)
5	HAD pour diurétique IV
6	Télesurveillance des prothèses implantés (PCI)

## Efficacité prouvée

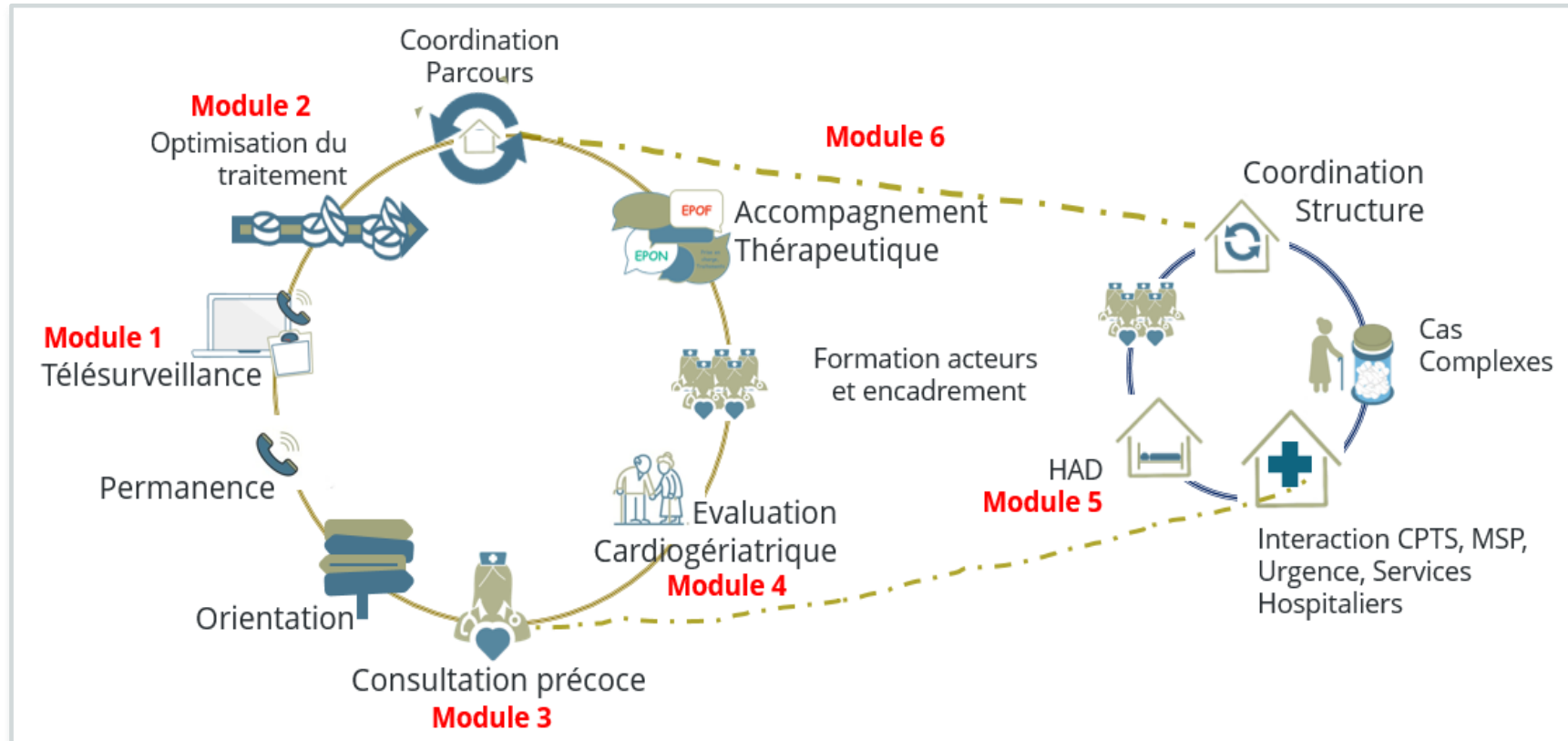
- ✓ Effets sur les patients
- ✓ Effets sur les professionnels
- ✓ Effets sur les établissements



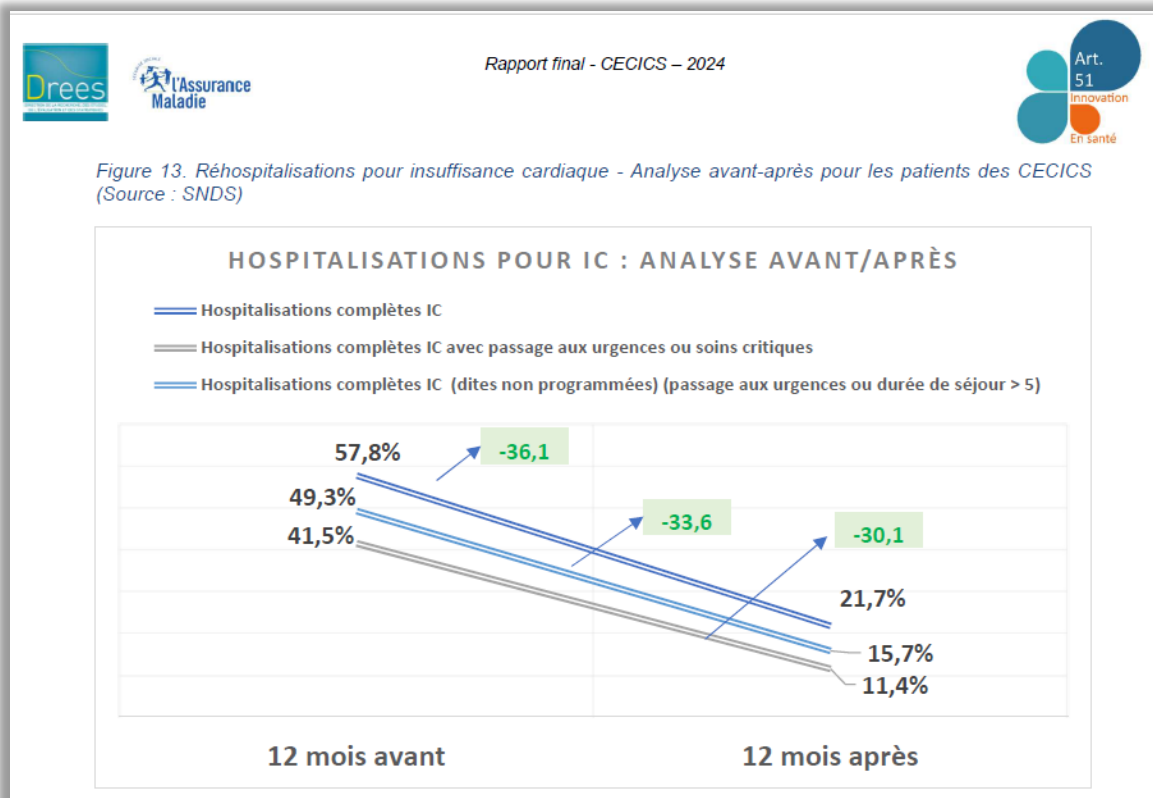


# Une nouvelle manière de travailler à l'hôpital

- Unité de soins dans les murs prenant quotidiennement en charge des patients hors les murs
- S'appuie sur un protocole de coopération (PC national insuffisance cardiaque, promoteur APHP, 2019)
- Des modules en fonction des besoins avec en socle la coordination et l'accompagnement
- Valorisation forfaitaire au parcours



# Evaluation qualitative et quantitative



- **Optimisation thérapeutique** : 3 mois - 4 consultations en moy.
- **Comparaison aux témoins** : 1,5% des patients CECICS ont été réhospitalisés avec un passage SAU ou soins critiques contre 2,6% des patients témoins à 30 jours ( $p=0,0914$ ) (à 6 mois : 5,2% CECICS versus 7,3% témoins) ( $p=0,0842$ ).
- **Evolution des patients CECICS 12 mois avant et 12 mois après** :  
-4,8 jours cumulés d'hospitalisation ( $p<0,0001$ ).
- **Dépenses : Transfert de charges de l'hôpital vers la ville**
  - Une réduction significative des coûts hospitaliers avec un coût médian -2539€ (passe de 6 940€ sur les 12 mois avant l'inclusion à 4 401 € sur les 12 mois après l'inclusion ( $p=0,0071$ )).
  - Une augmentation significative des coûts des soins de ville, (coût médian : +2 300€) passant de 4 979€ à 7 261 € ( $p<0,0001$ ).
- **Enquête auprès de 50 patients** : « très bon niveau de satisfaction concernant les informations reçues ; patients plus autonomes dans la gestion de leur maladie (...) 84,3% limitent leur consommation de sel (16% avant) » ; ...





# 12 points saillants relevés lors de l'évaluation finale CECICS



## Résultats pour les patients - Résultats pour les établissements - Conditions de mise en œuvre - Axes à développer

- 1 **Faisabilité** : CECICS installées et opérationnelles
- 8 **Traitements optimisés** : ↑ patients en trithérapie avec doses cibles recommandées - Délai moyen de 3 mois avec 4 consultations.
- 6 **Patients satisfaits** et plus autonomes dans la gestion de leur maladie
- 7 ↓ **d'hospitalisations** les plus graves  
↓ **mortalité précoce**

- 9 Très bonne adhésion avec impacts positifs observés
  - ✓ **pour les IDE** : montée en compétences, expertise, autonomie, responsabilités, valorisation, attractivité
  - ✓ **Pour les cardiologues** : changement de pratiques, meilleure coordination et relation de travail, recentrage patients graves.
  - ✓ **Pour l'hôpital** : fonctionnement structuré + flux mieux gérés cardiologie et SAU.

- 2 **Plasticité, agilité** : démarche inclusive + modèle souple permet une adaptation aux organisations et environnement préexistants : yc les projets de sites/GHU.
- 3 **Trois piliers** : PC + formation IDE + binôme délégrant/délégué.  
+ **Rôle important des CS** dans l'installation opérationnelle et organisationnelle.  
+ **Soutien des directions** lors de la mise en place et des périodes de tensions RH infirmiers ».

### Bénéficiaires indirects

- **Aidants : réassurance**, écoute, information, accompagnement, orientation.
- **Autres professionnels Ville/Hôpital : coordination, mise en lien, vigilance** sur les points de jonction tel que les ordonnances émises par les uns et les autres, les rendez-vous croisés ou non communiqués.

- 4 **Mise en œuvre hétérogène** des modules (complémentaires) entre les CECICS. selon maturité
- 5 Interactions avec les PS en ville :  
+ : transmission, organisation, tél et mail dédiés, échanges avec les CPTS.  
!! : **Adressage vers les CECICS**
- 11 Impact économique neutre.  
**Transfert de charges** des hôpitaux vers la ville (↓ soins hospitaliers ↑ recours soins de ville)
- 10 Bilan financier : Coût moyen évalué à **1400€/ patient** => Pour couvrir les coûts : une augmentation du forfait nécessaire
- 12 Déploiement possible (robustesse/ agilité/ attentes / cohérence) : prérequis + points de vigilance établie afin d'alimenter les réflexions sur les **conditions de reproductibilité**



# Cartographie des CECICS

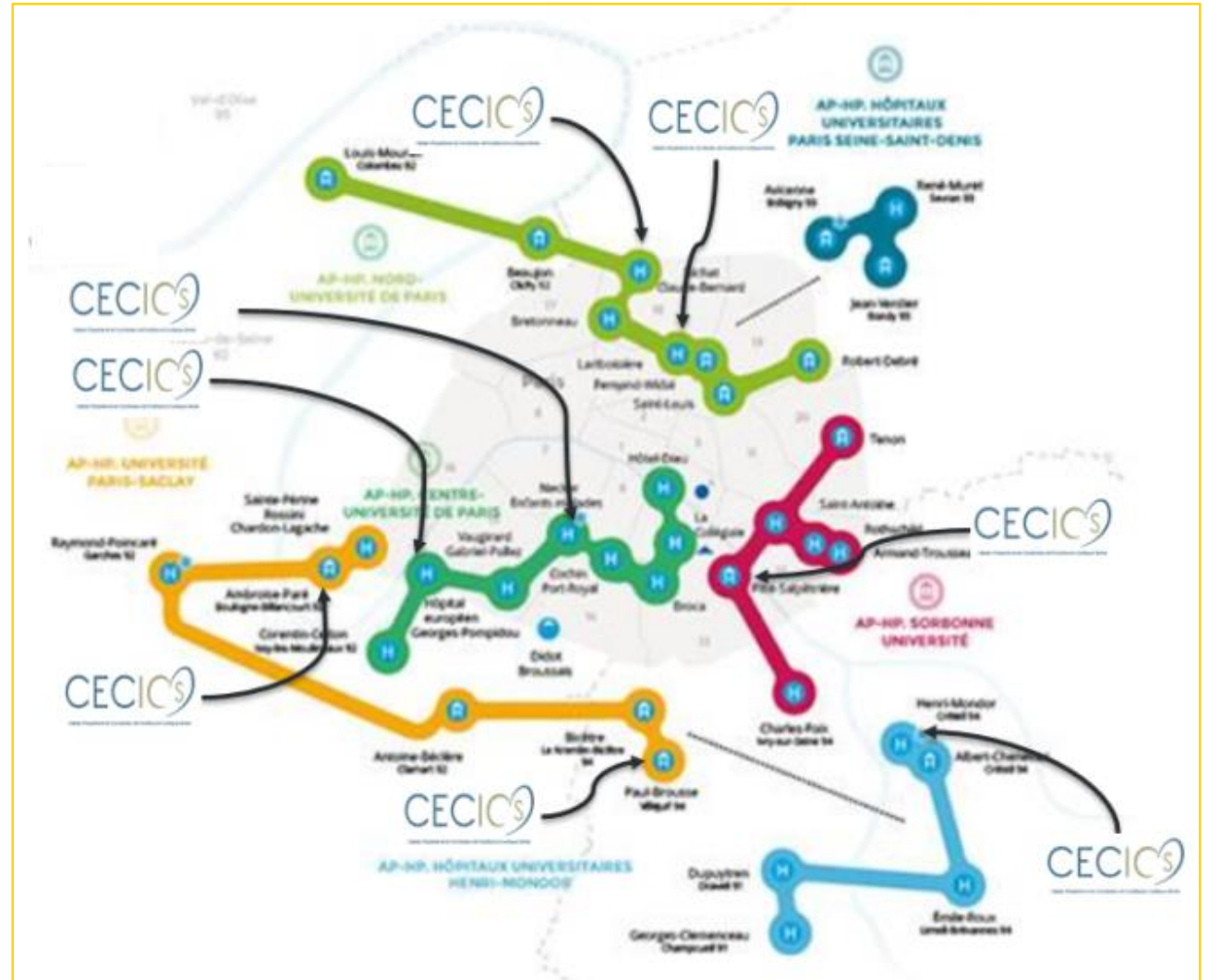
De 2021 à 2025

» **≈ 3000 patients accompagnés**

(Titration et/ou TLsm)

Depuis 2024/25

» **≈ 670 à 700 patients suivis au quotidien**  
(File active)



# Généralisation : points de repère



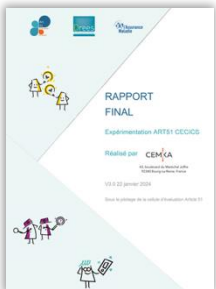
## ➤ Déploiement national et régulation

- ➔ Arbitrage DGOS-CNAM-ARS
- ➔ Selon les besoins du territoire et moyens existants

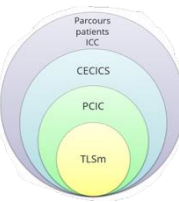


## ➤ Documentation ressources : Légifrance et site <https://vaincrelinsuffisancecardiaque.org>

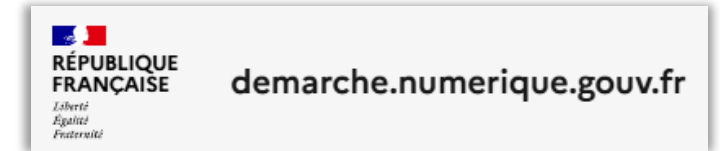
- Cahiers des charges CECICS : conditions pour être reconnu et prétendre aux forfaits
- Guide pour le système d'information : recommandations pour répondre aux exigences de suivi et de gestion de file active, traçabilité et pilotage
- Arrêté d'autorisation nationale du protocole de coopération Insuffisance cardiaque
- Textes réglementaires de la télésurveillance : entre autre l'arrêté du 22 juin 2023 pour l'IC
- Fiche pratique OUTIL'IC : information sur les accès à la formation, rapport d'expérimentation
- Retour d'expérience : Article « CECICS » dans Gestion Hospitalière. Février 2026.



# Être autorisé à télésurveiller : déclaration l'activité de TLSm

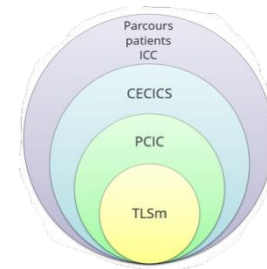


- Dépôt de déclaration sur la plateforme nationale « démarche numérique »
- Vaut engagement pour l'opérateur à respecter les conditions fixées par les référentiels relatifs à la pathologie concernée
- Une seule déclaration peut permettre de déclarer plusieurs indications de télésurveillance

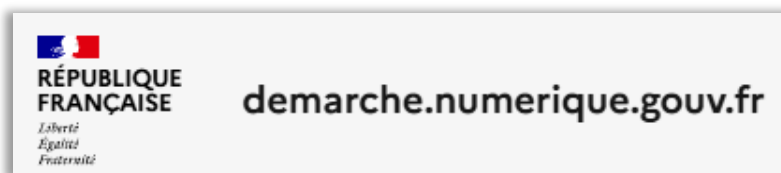
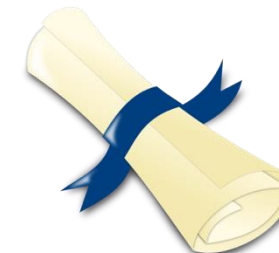


- **Un volet administratif** : Identité, coordonnées, ses identifiants de la structure en tant que personne morale regroupant ou employant plusieurs professionnels de santé
- **Un volet décrivant l'organisation de l'activité** :
  - ✓ Types de professionnels exerçant au sein de l'équipe
  - ✓ **ATTENTION !** Cocher la case « avec protocole de coopération »
  - ✓ Dispositions prises pour assurer la continuité des soins.
  - ✓ Actions non médicales éventuellement confiées à un tiers (contrat à joindre)

# Être autorisé à appliquer le PC-IC



1. Identifier les cardiologues délégants : 1an d'expérience mini dans une structure avec cohorte de patients insuffisants cardiaques
2. Former les IDE délégués : 2 ans d'expériences + DIU IC + formation pratique PC-IC 7 jours + compagnonnage avec 100 consultations
3. Rassembler les documents pour la demande d'adhésion : Tableau d'engagement avec N°ordre/RPPS, autorisation employeur et assurance, attestations sur l'honneur expériences-compétences et formations et CNI de chacun des membres de l'équipe
4. Déposer le dossier en ligne sur la même plateforme pour être identifié par l'ARS



## Déclaration-modification d'équipe

🕒 Temps de remplissage estimé : 33 min (variable selon les options choisies)

### Commencer la démarche

Vous êtes un particulier ?



[Qu'est-ce que FranceConnect ?](#)

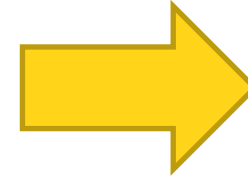
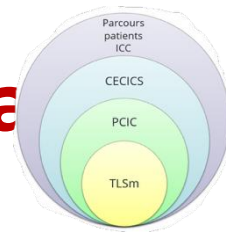
Se connecter avec son compte demarche.numerique.gouv.fr

Créer un compte demarche.numerique.gouv.fr

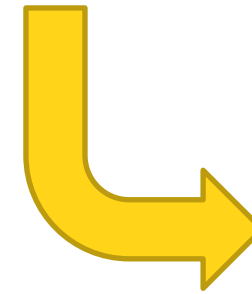
J'ai déjà un compte



# Être reconnu CECICS : circuit de déploiement national



x 13 Régions



Identification  
des CECICS  
répondant aux  
critères

Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

## Cahier des charges des cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère

Table des matières	
Introduction.....	2
1/ CECICS : aspects généraux.....	2
1.1 Définition d'une cellule d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS) .....	2
1.2 Patients éligibles .....	3
1.3 Patients non éligibles.....	4
2/ Constitution d'une CECICS.....	5
2.1 Prérequis : évaluation de la pertinence de la constitution d'une CECICS dans le bassin territorial.....	5
2.2 Structures de soins habilitées à recevoir l'implantation d'une CECICS.....	5
2.3 Equipe constitutive d'une CECICS.....	6
2.3.1 Formation préalable des acteurs paramédicaux .....	6
2.3.2 Formation continue des acteurs paramédicaux.....	7
2.3.3 Rôles et missions des membres de l'équipe CECICS pour tout patient admis dans une CECICS .....	7
2.4 Aspects techniques et logistiques nécessaires à la constitution d'une CECICS.....	8
2.5 Système d'information .....	8
3/ Intégration de la CECICS dans le parcours de soins.....	8
3.1 Trois modules principaux de prise en charge clinique et thérapeutique.....	8
3.1.1. Module de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque .....	8
3.1.2. Module de titration médicamenteuse.....	9
3.1.3. Module de consultations précoces ou semi urgentes.....	9
3.2 Trois modules complémentaires de prise en charge clinique et thérapeutique .....	9
3.2.1. Module d'hospitalisation à domicile (HAD) pour perfusion IV de diurétiques ...	9
3.2.2. Module d'évaluation de la fragilité gériatrique.....	10
3.2.3. Module de télésurveillance de prothèse rythmique implantable .....	10
4/ Création d'une CECICS en 2026 .....	10
5/ Financement d'une CECICS pour 2025-2026.....	11
6/ Modalités d'évaluation de l'efficience d'une CECICS.....	12





# Cahier des charges CECICS : définition et finalités (Chap. 1)

Cibles d'Expertise et de Coordination de l'Insuffisance Cardiaque Sévère

## « CECICS : une ressource complémentaire pour la gestion des parcours de soins des patients IC »

- Organisation intégrée au sein d'un service hospitalier de cardiologie
- Répond aux besoins d'un bassin territorial : ODT
- S'appuie sur la mise en œuvre d'une délégation par protocole de coopération cardiologie / ISPIC.
- vise à proposer une prise en charge dédiée aux situations cliniques de décompensation sévères ou très sévères
- A la capacité de mettre en œuvre, selon besoins du patient



☐ Les 3 modules principaux :  
TLSm IC, Titration, CNP

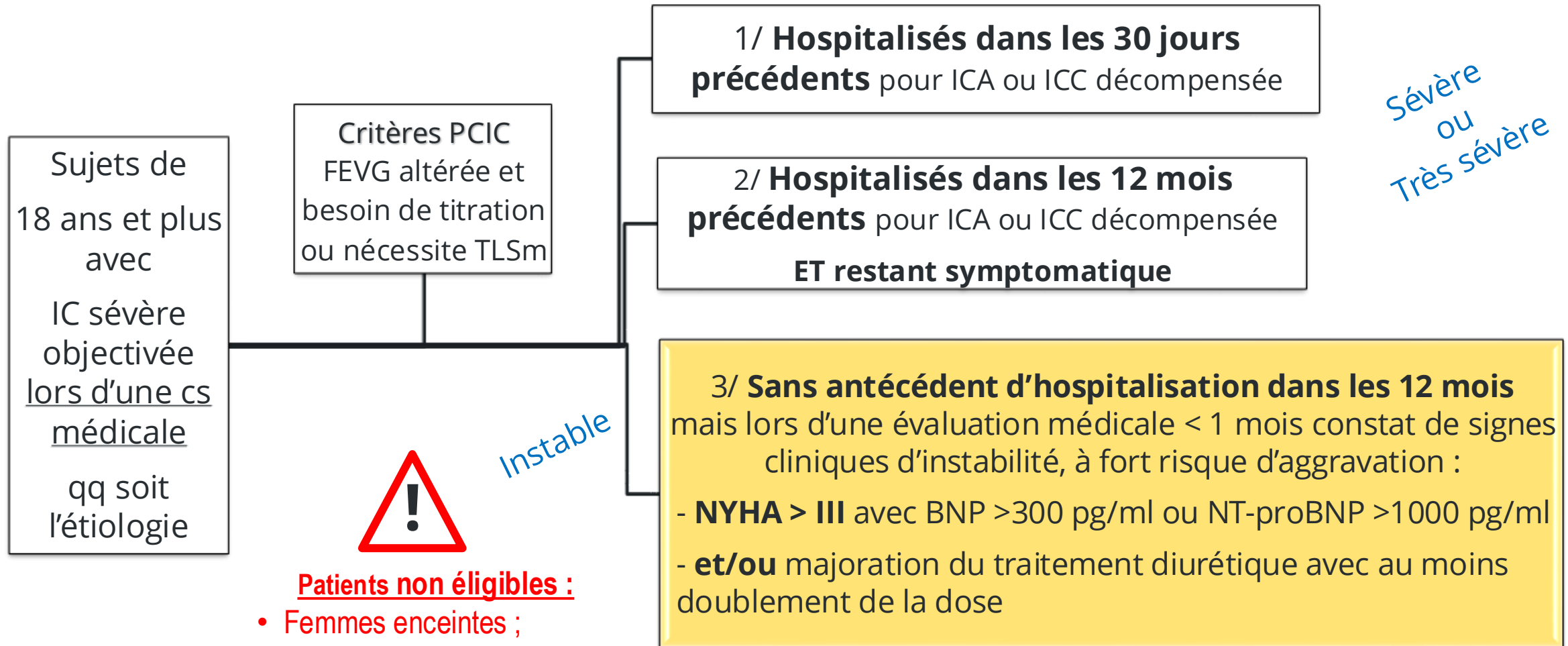
☐ les 3 modules complémentaires seul ou par convention :  
cardio-gériatrie, HAD diurétiques, TLSm rythmique

### 3 objectifs principaux

1. Assurer un suivi personnalisé permettant de sécuriser de façon durable l'état de santé, et, la PEC en situation d'instabilité et épisode d'IC décompensée
2. Se coordonner avec les acteurs du parcours de soins dans une synergie ville-hôpital.
3. Réduire les hospitalisations potentiellement évitables et optimiser la qualité de vie des patients : anticiper les décompensations et proposer une alternative à l'hospitalisation



# Population éligible : critères d'inclusion et non inclusion (1.1)





# Temporalité : intégration dans les parcours de soins/de santé/de vie

- S'intègre dans une séquence bien définie - **Limitée dans le temps du parcours de soins**
  1. en amont d'une hospitalisation, dans l'objectif de l'éviter,
  2. pour les cas d'instabilité clinique ;
  3. en post-hospitalisation immédiate ou avec des antécédents récents d'hospitalisation pour décompensation avec critères de sévérité et d'évolutivité définis.
- **Durée habituelle d'un an.**
- Doit prévoir et anticiper la sortie du dispositif au terme de l'année de suivi.



« Le renouvellement éventuel d'une prise en charge par la CECICS :

- Est possible si toujours critères cliniques d'éligibilité, MAIS,
- doit être guidé par des objectifs adaptés et concertés avec le patient et son entourage,
- afin d'évaluer la pertinence de la reconduction de ce suivi attentionné »

Sévérité des patients éligibles



**Offre de service du Prado**  
à apprécier et à mobiliser au cas par cas.

Structuration du suivi rapproché par les CECICS

1

Pertinence  
sur le  
territoire ?

- **Evaluation de la pertinence dans le bassin territorial**
  - ✓ Prévalence de l'IC
  - ✓ Nb de patients au stade sévère
  - ✓ Maillage de l'offre de soins dédiée.
- **Evaluation de l'effectif des patients concernés** (*source : données de stratification de la sévérité de l'insuffisance cardiaque de l'Outil de Diagnostic Territorial de l'Assurance Maladie*).

Positionnée en second recours :  
prévention d'une hospitalisation  
ou ré-hospitalisation.

2

Structure  
capable ?

- Etablissements de santé disposant quel que soit leur statut de
- **Service de cardiologie engagé et présentant une expertise** dans la prise en charge de l'IC sévère.
  - **Mise en œuvre obligatoire des 6 modules**
  - **Offre de soins graduée en lien avec la ville**, structurée ou en cours de structuration
    - ✓ CPTS et autres organisations pluriprofessionnelles coordonnées investies dans le parcours IC ;
    - ✓ DAC des patients complexes ;
    - ✓ ESS en cardiologie pour l'adressage de patients instables à la CECICS
  - **Mise en œuvre d'un SI permettant le suivi des patients et le pilotage de l'activité de la CECICS**, idéalement développé par l'éditeur du DPI ou, à défaut, interopérable, et doit pouvoir être dès que possible complété d'un module interfaçable avec le logiciel de TLSm IC choisi.
  - **un bureau équipé** des systèmes informatiques et de communication adaptés.

« Les objectifs et les modalités d'interaction d'une CECICS avec les professionnels de santé doivent être portés à la connaissance des acteurs de soins du bassin territorial de santé. »



# Composition minimale de l'équipe (2.3)

Désigne



Sous la responsabilité du chef de service de cardiologie de l'établissement.

Autres professionnels de santé,

- Pharmacien,
- Diététicien

L'accès en tant que de besoin à :

- Gériatre,
- Rythmologue....

## 1 Médecin cardiologue coordonnateur

- responsable de l'équipe CECICS,
- s'assure de la bonne mise en œuvre de la coordination de la CECICS avec l'ensemble des acteurs de soins des dispositifs territoriaux (actions de formation, information...).



## Des cardiologue(s) délégrant(s)

- Justifiant d'une expérience minimale d'un an d'exercice dans une structure de soins assurant le suivi d'une cohorte de patients IC
- Informés de la délégation des actes possibles via le protocole national de coopération

## Des ISPIC

- Au moins 2 IDE dûment formé(s) à la prise en charge de l'IC selon les modalités décrites en 2.3.2
- Assure la coordination du parcours de soins du patient
- en lien avec les CPTS, PTA, et DAC.
- 1 ETP = 80 patients en file active

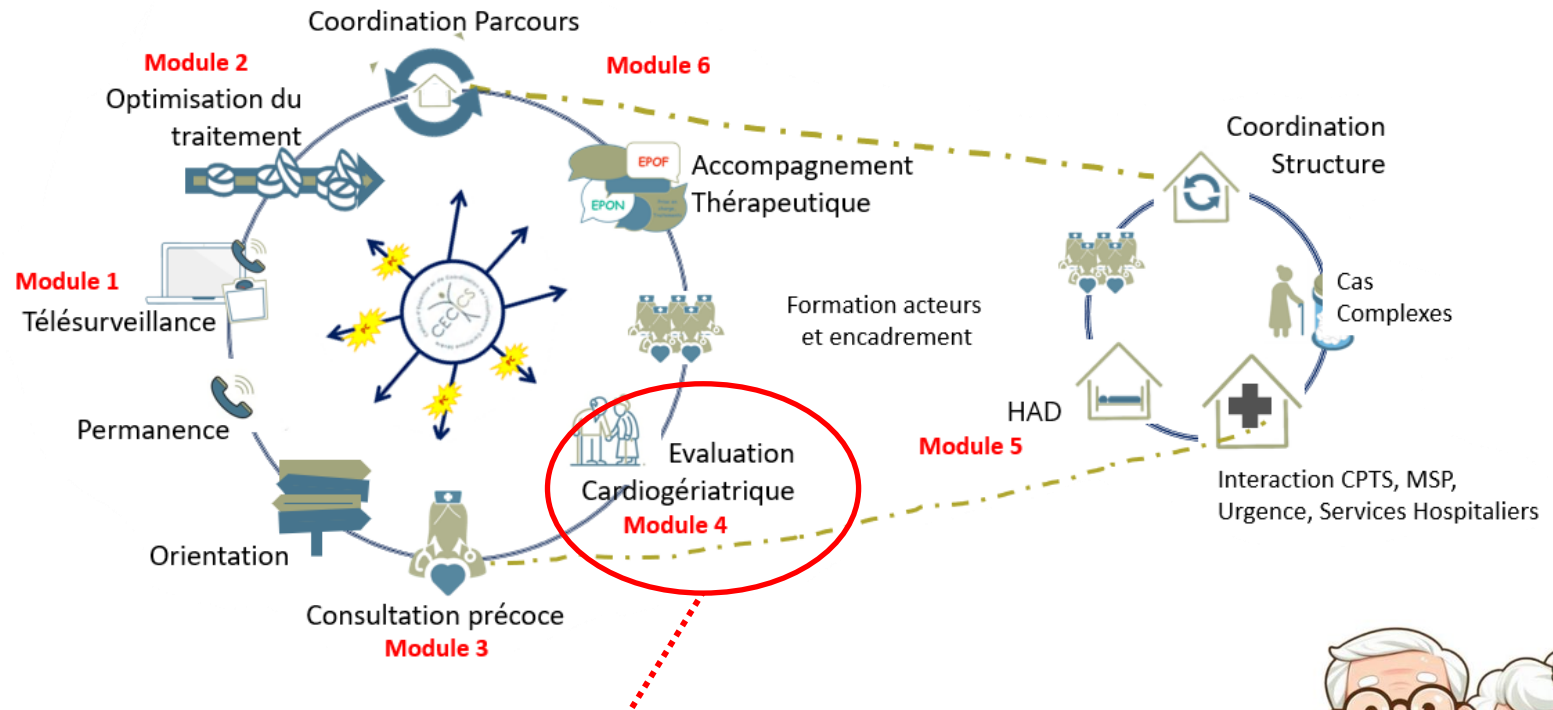
## Du temps de cadre de santé

## Du temps de secrétaire administratif





# Modules complémentaires : dépistage de fragilités gériatriques (3.2.2)

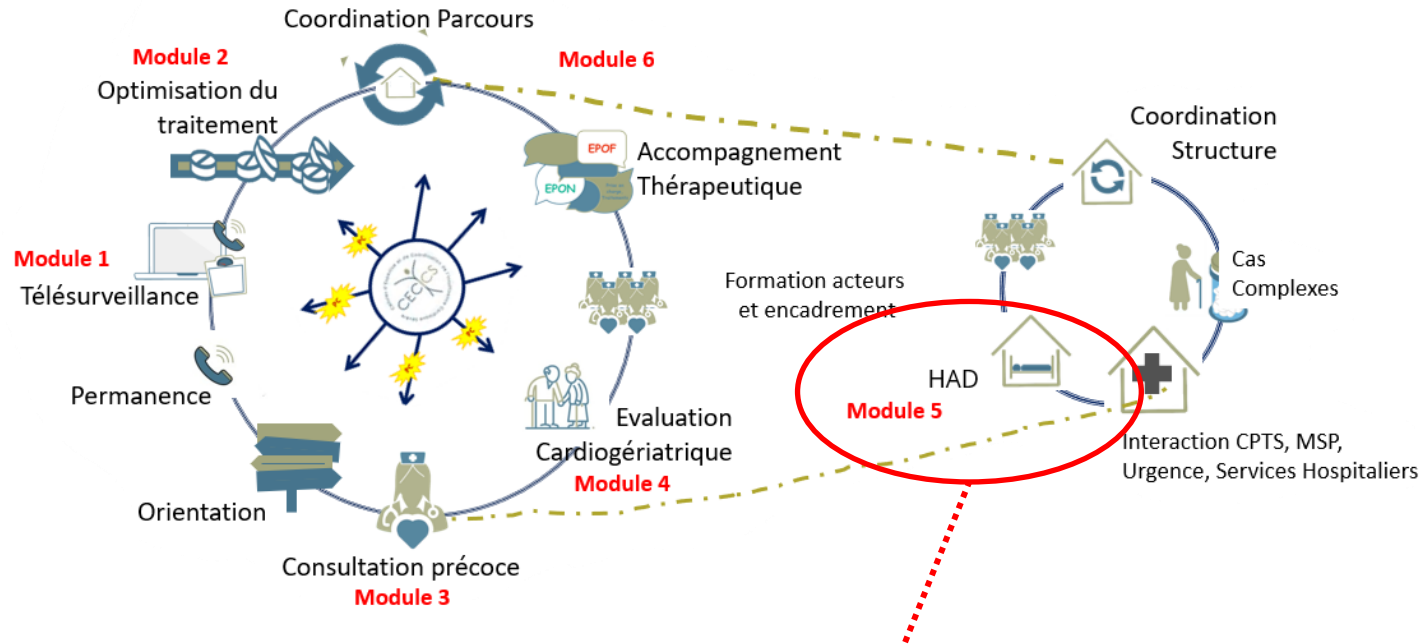


- « En fonction des caractéristiques de la population et de la mobilisation possible de ressources gériatriques dédiées (par exemple, consultations de gériatrie, HDJ gériatrique), la CECICS développera un module d'évaluation cardio-gériatrique.
- **Organisation des prises en charge réfléchi en lien avec la filière gériatrique**
- mobilisera en tant que de besoin ses dispositifs : équipe mobile de gériatrie, admission directe non programmée ADNP... »





# Modules complémentaires : diurétique IV en HAD (3.2.1)

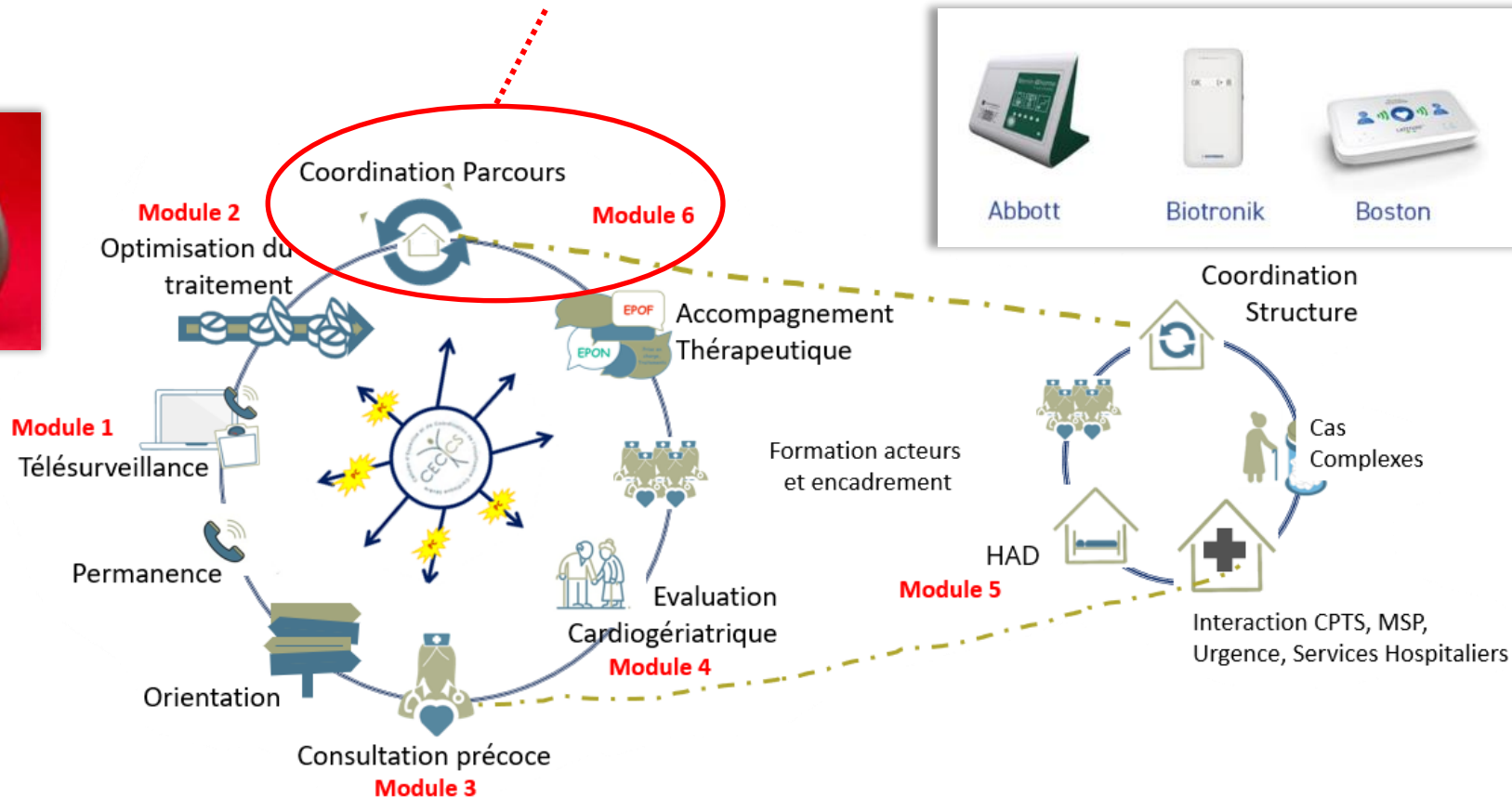


- Organisée à l'échelle du territoire couvert par la CECICS.
- **Pour les patients les plus instables et nécessitant une perfusion diurétique IV** et si les conditions le permettent :
  - ❑ dans les suites immédiates d'une HC pour décompensation, afin de réduire la durée du séjour en établissement et améliorer la qualité de vie du patient durant cet épisode aigu ;
  - ❑ au cours du suivi de TLSm, avec le constat d'une prise de poids rapide par exemple.
- **Conventions souhaitable entre les acteurs** afin de faciliter l'intervention et soutenir la montée en compétence HAD sur l'IC (formation à la pathologie et élaboration de protocoles thérapeutiques et de surveillance).
- **Parfaite communication et coordination entre les équipes HAD et CECICS nécessaires** afin d'adapter rapidement le mode de prise en charge en cas de trouble clinique ou biologique et envisager les modalités du suivi coordonné du patient en sortie d'HAD au retour à la stabilité clinique.



## Modules complémentaires : lien avec les équipes de rythmo (3.2.3)

- Pour les patients IC porteurs d'une PCI télésurveillée selon nécessité.
- Plusieurs modalités opérationnelles selon les cas :
  - ✓ L'équipe CECICS dispose des compétences de rythmologie requises pour assurer la TLSm de la PCI, en sus du suivi de l'insuffisance cardiaque ;
  - ✓ L'équipe de rythmologie assurant la TLSm de la PCI est déployée dans le même établissement de soins que la CECICS ou dans un autre établissement de santé : **la CECICS devra alors organiser un suivi coordonné avec l'équipe de rythmologie, avec transmission des éléments cliniques pertinents.**





# Forfaits de prise en charge (Chap.

## Définition<sup>5)</sup>

**Patient sévères** : Tous les patients ayant les critères d'éligibilité

**Patients très sévères**, : Critère d'éligibilité + au moins 1 des critères suivants :

- ≥ 2 hospitalisations dans l'année pour IC décompensée ;
- Hospitalisation récente avec passage en réanimation ;
- Hospitalisation récente pour choc cardiogénique ;
- ≥ 2 comorbidités associées parmi BPCO, diabète, insuf. rénale chronique ;
- ≥ 80 ans + au moins 1 comorbidité parmi BPCO, diabète, l'insuf. rénale chronique ;
- Diagnostic de cardiomyopathie infiltrative (ex: Amylose) ou cardiopathie restrictive ;
- Inscription sur liste de greffe.

**Patients instables** à risque élevé d'hospitalisation pour décompensation IC :

Sans antécédent d'hospitalisation dans les 12 mois

MAIS présentant une aggravation récente (dans le mois) des signes et symptômes, avec :

- NYHA classe ≥ III avec BNP > 300 pg/ml ou NT-proBNP > 1000 pg/ml ;
- et/ou majoration du traitement diurétique avec au moins doublement de la dose (intensification du traitement pour déstabilisation).

## Forfait 2026

260 € par patient / an

660 € par patient / an

1000 € par patient / an

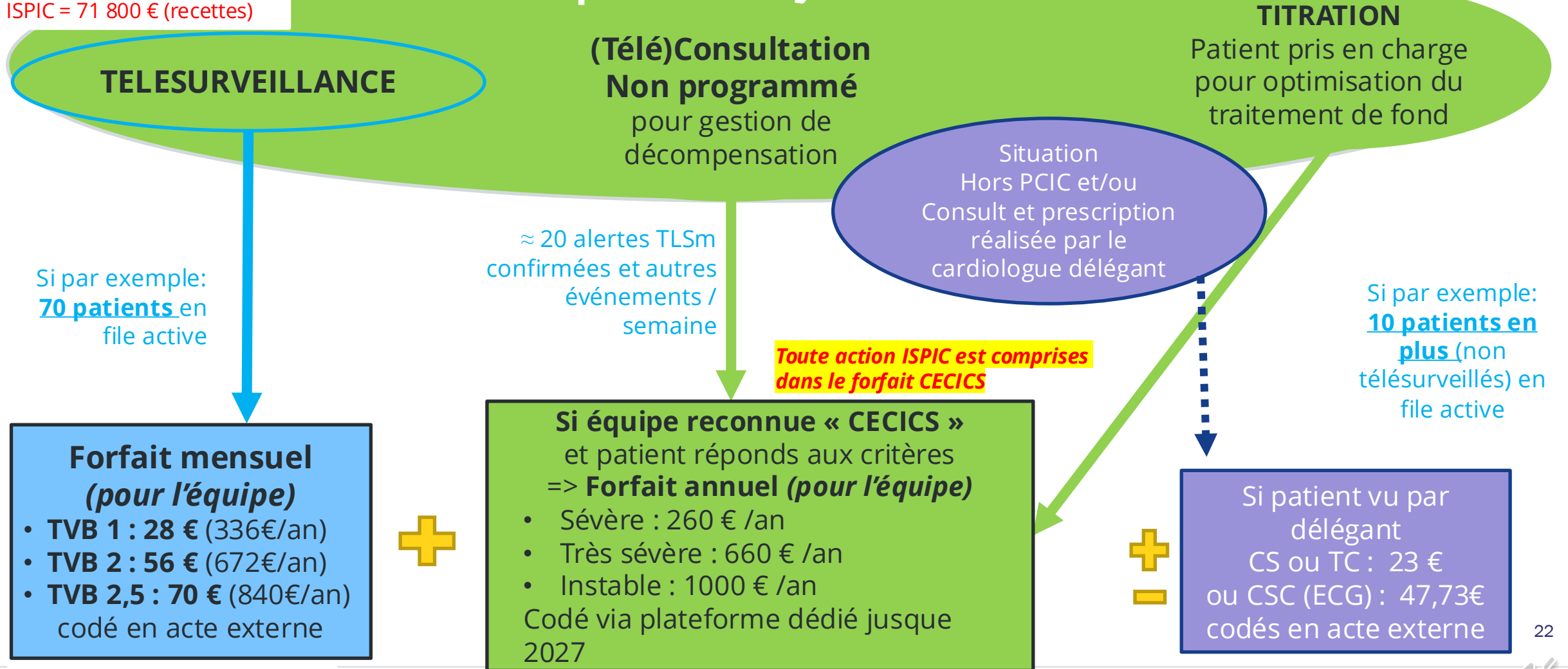
Coût moyen d'1 ETP IDE en 2025  
brut chargé = 60 000 €  
+ 10 800 € frais structure

# Modèle médico-économique du PC-IC avec



Dans l'exemple **80 patients en file active continue** avec  
1 ISPIC = 71 800 € (recettes)

## PEC assurée par ISPIC ayant adhéré au PCIC



Ex : (45x336) + (25x672)  
= 15 120 + 16 800  
= 31 920 €

Ex : (34 x 260 €) + (44 x 660 €) + (2 x 1000)  
= 8 840 + 29 040 + 2000  
= 39 880 €



## A partir de 2027

»» Déploiement du modèle cible, sur la base

- du retour d'expérience de 2026,
- des besoins (ré)-estimé,
- d'un nouveau modèle de financement.





# Modalités d'évaluation (Chap. 6)

⇒ **Objectif** : évaluer l'organisation et l'évolution des pratiques dans le parcours "IC sévère"

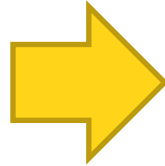
2026, ...



Recueillis automatiquement via la plateforme de facturation :

- Proportions de patients inclus dans chacun des forfaits de sévérité
- seront comparées aux données territoriales et nationales prévisionnelles.

> 2027 ...



Par la suite, selon le modèle de SI développé, indicateurs qui pourraient être mesurés :

- Nbre patients inclus dans chacun des modules.
- Nbre patients admis en HAD diurétique à 30 et 90 jours/Nombre total de patients CECICS sur une année.
- Nbre patients hospitalisés pour décompensation IC / année.
- Nbre patients réhospitalisés pour décompensation IC / année.
- Nbre jours d'hospitalisation cumulés pour IC pendant la durée de prise en charge par la CECICS.
- Taux de décès / année.
- Respect des recommandations HAS relatives au parcours « socle » de l'IC (taux de recours au cardiologue...).

# Réponse aux 12 questions les plus fréquentes (extrait de la FAQ)

**Q1 : Comment doit être considéré la CECICS en termes de « structure » dans l'établissement (chapitre 2.2) ?**

Il s'agit d'une unité de soins, qui doit être rattaché à un service de cardiologie.

**Q2 : Que faut-il comprendre par « Un cardiologue ou un infirmier de pratique avancée ne peut se substituer à un ISPIC » ? (Chapitre 2.3)**

**L'enjeu des forfaits CECICS** est de permettre la valorisation d'actes et d'activité dans une logique de parcours de soins et non plus de tarification à l'acte. Ces activités sont de plusieurs ordres dont 3 relèvent de la délégation d'acte et centrés sur l'insuffisance cardiaque sévère. Tout infirmier, y compris IPA, doit s'être déclaré auprès de l'ARS comme exerçant dans le cadre du PCIC pour pouvoir réaliser ces actes en autonomie sous délégation (Titration, TLSm, Consultation en cas de décompensation). Si votre structure et organisation du parcours IC reposent sur des IPA sans délégation d'actes : elle relève alors du droit commun existant pour les IPA (forfait IPA) et non d'une CECICS.

**Q5 : Les 2 ISPIC doivent-elles être à temps plein ? (Chapitre 2.3)**

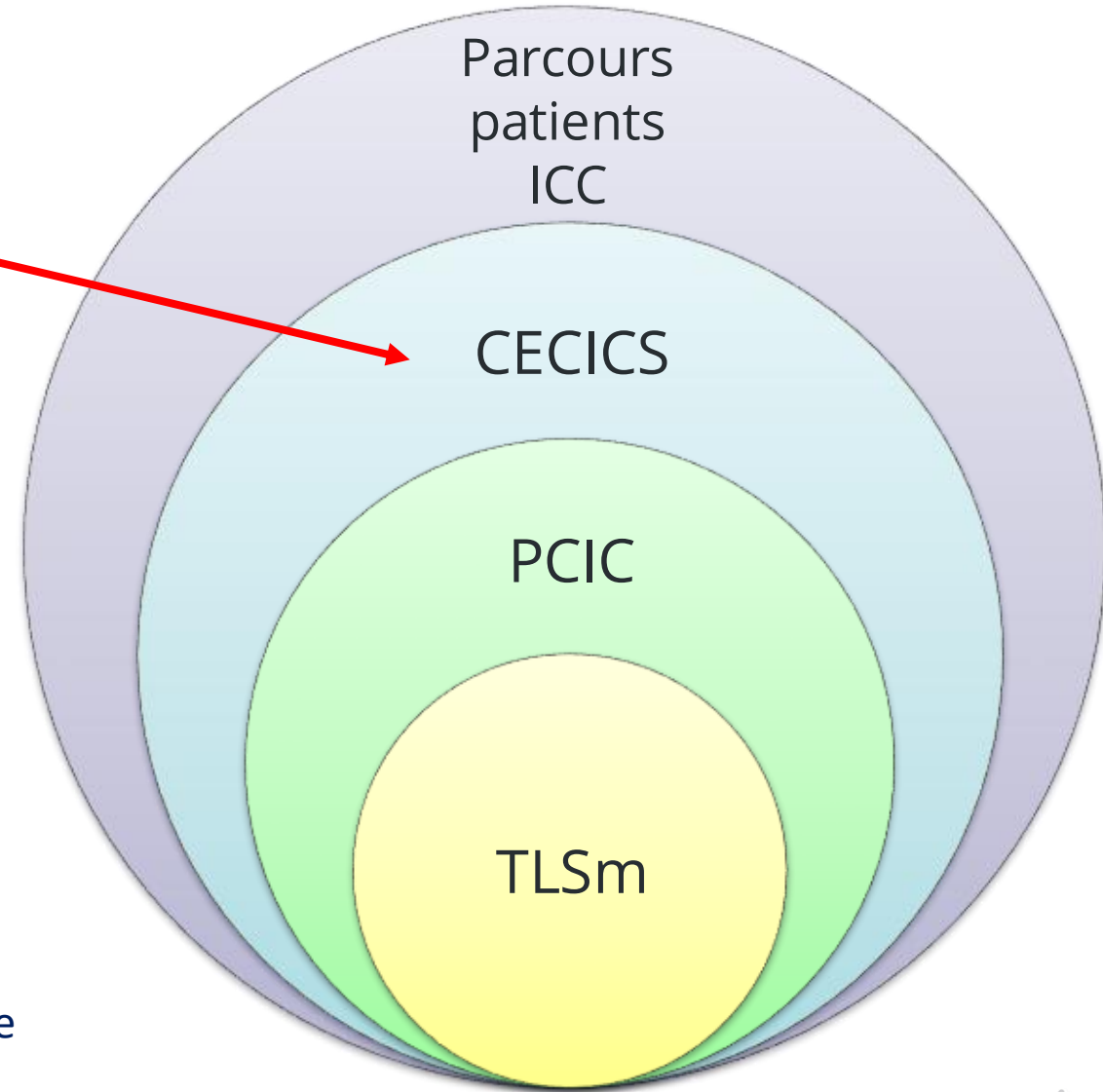
Non. Mais elles doivent permettre une continuité des prises en soins engagées sur l'année. De la même façon que les cardiologues délégants doivent assurer une continuité entre eux dans la supervision de la délégation. (Cf. p6 : « Le temps dédié de ces personnels est adapté au regard de la file active et doit impérativement garantir la continuité des soins »)

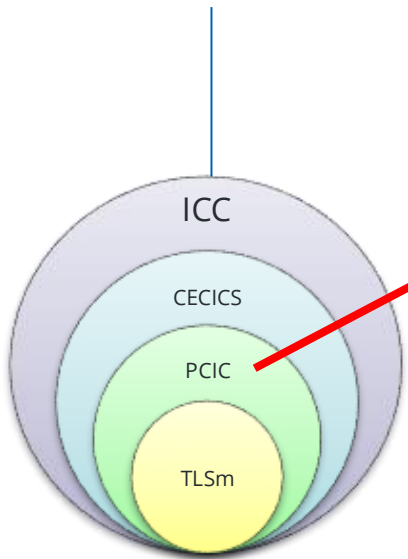




# CONCLUSION

1. Une CECICS cible les patients ICC particulièrement sévères et instables. Elle permet de valoriser une prise en charge modulaire sans comptage à l'acte, valorisant simultanément l'association de soins médicaux, infirmiers, actions curatives, préventives et de coordination. Les règles de droit commun ont été définies dans un cahier des charges => **FINALITES**
2. Travailler en coopération débute par un engagement collectif et la reconnaissance de chacun des acteurs dans le système = une confiance **INDISPENSABLE ! => QUALITE**
3. La dérogation d'acte et le transfère d'activité implique formation et supervision. Le protocole de coopération fixe le cadre et impose des limites => **SECURITE**
4. La pratique de la TLSm suit des règles minimales d'usage fixées par arrêté. A chaque équipe de s'organiser selon ses moyens et ses priorités => **AJUSTEMENT**





# Vidéo suivante

« Cadre d'exercice CECICS  
- Les fondamentaux (partie 3) »



**Intégrer le cadre réglementaire d'un  
protocole de coopération et de celui  
de l'insuffisance Cardiaque**

Fonctionnement et intérêts

Niveau et limites de délégation