BULLETIN Officiel

Ministère des solidarités et de la santé

Santé
Protection sociale
Solidarité

N° 7 – 15 août 2017

Plan de classement

Sommaire chronologique

Sommaire thématique

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Premier ministre
Direction de l'information légale et administrative

DIRECTION
DE L'INFORMATION
LÉGALE
ET ADMINISTRATIVE

26, rue Desaix
75727 Paris Cedex 15

www.dila.premier-ministre.gouv.fr

Directrice de la publication : Valérie Delahaye-Guillocheau, directrice de la direction des finances, des achats et des services
Rédactrice en chef : Catherine Baude, cheffe du bureau de la politique documentaire
Réalisation : SGMAS – DFAS – Bureau de la politique documentaire
14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP – Tél. : 01-40-56-45-44
ISSN 2427-9765

Plan de classement

Administration

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

Santé

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

Solidarités

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

Protection sociale

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

Sommaire chronologique

Pages

2 mars 2017

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes® 297

4 avril 2017

Délibération n° 2017-04 du 4 avril 2017 adoptant le contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion pour les années 2017 à 2019 58

18 mai 2017

Instruction n° DGS/PP2/2017/187 du 18 mai 2017 relative au diagnostic et à la prise en charge des enfants exposés *in utero* au valproate de sodium et à ses dérivés ainsi qu'aux autres antiépileptiques 224

23 mai 2017

Délibération n° 2017-05-01 du 23 mai 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre hospitalier d'Avignon 94

Délibération n° 2017-05-02 du 23 mai 2017 portant sur la convention type entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les employeurs publics 95

Délibération n° 2017-05-03 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par la Caisse des dépôts et consignations à destination des personnes en situation de handicap 96

Délibération n° 2017-05-04 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères à destination des personnes en situation de handicap 98

Délibération n° 2017-05-05 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation à destination des personnes en situation de handicap 100

Délibération n° 2017-05-06 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 102

Délibération n° 2017-05-07 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 103

Délibération n° 2017-05-08 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 104

Délibération n° 2017-05-09 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 105

Pages

Délibération n° 2017-05-10 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 106

Délibération n° 2017-05-11 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 107

Délibération n° 2017-05-12 du 23 mai 2017 portant définition pour le FIPHFP d'un seuil unitaire de signification d'immobilisation d'un bien dérogatoire au recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (arrêté du 1er juillet 2015) 108

24 mai 2017

Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2017/136 du 24 mai 2017 relative au Plan national canicule 2017 236

29 mai 2017

Note d'information n° DGS/PP2/2017/180 du 29 mai 2017 relative à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme 217

2 juin 2017

Décision du 2 juin 2017 mettant fin aux fonctions exercées par l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal 135

6 juin 2017

Note d'information n° DGOS/RH4/RH3/DGCS/4B/2017/190 du 6 juin 2017 relative aux droits des agents en situation de parentalité 207

9 juin 2017

Instruction n° DGS/CORRUSS/SP1/PP2/DGOS/PF2/RH1/2017/196 du 9 juin 2017 relative à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques de gestion des vaccins adultes contre l'hépatite B disponibles en France pendant la période de pénurie 291

15 juin 2017

Instruction n° CNG/DGD/BDH-DS/BD3S/2017/200 du 15 juin 2017 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2017 305

Instruction interministérielle n° DGOS/DGS/DGRI/2017/204 du 15 juin 2017 relative à l'appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédiés aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur 115

Pages

16 juin 2017

Convention de délégation de gestion du 16 juin 2017 entre la direction des finances, des achats et des services et le bureau de la communication de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 48

19 juin 2017

Arrêté du 19 juin 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé..... 109

Instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)..... 346

20 juin 2017

Instruction n° DGCS/SD4A/2017/189 du 20 juin 2017 relative au certificat de spécialité complémentaire du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social..... 301

22 juin 2017

Instruction n° CNG/DGD/UDH/DS/2017/210 du 22 juin 2017 relative à la mise en œuvre des tableaux d'avancement aux échelons spéciaux hors classe et classe exceptionnelle et au grade de la classe exceptionnelle du corps des directeurs d'hôpital au titre de l'année 2018..... 137

26 juin 2017

Arrêté du 26 juin 2017 portant modification de l'arrêté du 28 mars 2017 portant nomination au bureau central de tarification 50

Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière..... 156

Note d'information n° DGOS/PF2/2017/212 du 26 juin 2017 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes..... 121

Note d'information n° DGOS/PF5/2017/213 du 26 juin 2017 relative à la formation des personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale (ONC) 2017 pour le contrôle des données surles indicateurs du programme Hôpital numérique visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins *via* les ou systèmes d'information 129

29 juin 2017

Arrêté du 29 juin 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017 113

Décision du 29 juin 2017 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier intercommunal Jura Sud, du centre hospitalier Louis-Jaillon de Saint-Claude et du centre hospitalier Léon-Bérard de Morez..... 136

Décision du 29 juin 2017 portant agrément de la société APICEM pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées dans le cadre du service Apicrypt 2 212

Pages

1er juillet 2017

Décision n° DS 2017-44 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 410

Décision n° DS 2017-46 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 411

Décision n° DS 2017-47 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 412

Décision n° DS 2017-48 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 414

Décision n° DS 2017-49 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 415

Décision n° DS 2017-50 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 417

Décision n° DS 2017-51 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 418

Décision n° DS 2017-52 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 419

Décision n° DS 2017-53 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 420

Décision n° DS 2017-54 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 421

Décision n° DS 2017-56 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 422

Décision n° DS 2017-57 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 424

Décision n° DS 2017-58 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 425

Décision n° DS 2017-59 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 426

Décision n° DS 2017-61 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 428

Décision n° DS 2017-62 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 429

Décision n° DS 2017-63 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 430

Décision n° DS 2017-64 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 431

Décision n° DS 2017-65 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 433

Décision n° DS 2017-67 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 435

Décision n° DS 2017-68 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 437

Décision n° DS 2017-69 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 438

Pages

Décision n° DS 2017-70 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 439

Décision n° DS 2017-71 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 440

Décision n° DS 2017-72 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 441

Décision n° DS 2017-73 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 442

Décision n° DS 2017-74 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 443

Décision n° DS 2017-75 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 444

Décision n° DS 2017-76 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 445

Décision n° DS 2017-77 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 446

Décision n° DS 2017-78 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 447

Décision n° DS 2017-79 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 449

Décision n° DS 2017-80 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 451

Décision n° DS 2017-81 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 452

Décision n° DS 2017-82 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 453

Décision n° DS 2017-83 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 454

3 juillet 2017

Arrêté du 3 juillet 2017 portant nomination à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé 110

4 juillet 2017

Instruction n° DSS/DACI/2017/218 du 4 juillet 2017 relative à la revalorisation du barème des allocations familiales servies en application de la convention générale de sécurité sociale du 1er octobre 1980 entre la France et l'Algérie 401

5 juillet 2017

Arrêté modificatif du 5 juillet 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57e promotion) 404

Décision du 5 juillet 2017 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2017 405

Pages

6 juillet 2017

Note de service n° DRH/SD3C/2017/194 du 6 juillet 2017 relative aux modalités d'organisation du télétravail dans les services d'administration centrale des ministères sociaux 1

9 juillet 2017

Arrêté du 9 juillet 2017 portant nomination du psychiatre référent national et de son adjoint 111

10 juillet 2017

Arrêté du 10 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 112

Décision DG n° 383-2017 du 10 juillet 2017 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique 51

11 juillet 2017

Décision n° 2017-160 du 11 juillet 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire 57

13 juillet 2017

Arrêté du 13 juillet 2017 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2018..... 300

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément du groupement d'intérêt économique Harmonie Informatique Services Mutualistes pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par ses membres..... 213

Décision du 13 juillet 2017 portant renouvellement d'agrément du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients..... 214

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société ITS Integra pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par le client..... 215

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société IP Line pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients (Service cloud hybride HDS) 216

Non daté

Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité 407

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... 408

Pages

Liste des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale..... **409**

Sommaire thématique

Pages

ADMINISTRATION

Administration centrale

Note de service n° DRH/SD3C/2017/194 du 6 juillet 2017 relative aux modalités d'organisation du télétravail dans les services d'administration centrale des ministères sociaux 1

Convention de délégation de gestion du 16 juin 2017 entre la direction des finances, des achats et des services et le bureau de la communication de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative » 48

Autorités administratives indépendantes, établissements et organismes

Arrêté du 26 juin 2017 portant modification de l'arrêté du 28 mars 2017 portant nomination au bureau central de tarification 50

Décision DG n° 383-2017 du 10 juillet 2017 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique 51

Décision n° 2017-160 du 11 juillet 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire 57

Délibération n° 2017-04 du 4 avril 2017 adoptant le contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion pour les années 2017 à 2019 58

Délibération n° 2017-05-01 du 23 mai 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre hospitalier d'Avignon 94

Délibération n° 2017-05-02 du 23 mai 2017 portant sur la convention type entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les employeurs publics 95

Délibération n° 2017-05-03 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par la Caisse des dépôts et consignations à destination des personnes en situation de handicap 96

Délibération n° 2017-05-04 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères à destination des personnes en situation de handicap 98

Délibération n° 2017-05-05 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation à destination des personnes en situation de handicap 100

Délibération n° 2017-05-06 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 102

Délibération n° 2017-05-07 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 103

Délibération n° 2017-05-08 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 104

Délibération n° 2017-05-09 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 105

Pages

Délibération n° 2017-05-10 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 106

Délibération n° 2017-05-11 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique 107

Délibération n° 2017-05-12 du 23 mai 2017 portant définition pour le FIPHFP d'un seuil unitaire de signification d'immobilisation d'un bien dérogatoire au recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (arrêté du 1er juillet 2015) 108

SANTÉ

Professions de santé

Arrêté du 19 juin 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé 109

Arrêté du 3 juillet 2017 portant nomination à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé 110

Arrêté du 9 juillet 2017 portant nomination du psychiatre référent national et de son adjoint 111

Arrêté du 10 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales 112

Établissements de santé

Arrêté du 29 juin 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017 113

Instruction interministérielle n° DGOS/DGS/DGRI/2017/204 du 15 juin 2017 relative à l'appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédiés aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur 115

Note d'information n° DGOS/PF2/2017/212 du 26 juin 2017 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes 121

Note d'information n° DGOS/PF5/2017/213 du 26 juin 2017 relative à la formation des personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale (ONC) 2017 pour le contrôle des données surles indicateurs du programme Hôpital numérique visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins *via* les ou systèmes d'information 129

Personnel

Décision du 2 juin 2017 mettant fin aux fonctions exercées par l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal 135

Décision du 29 juin 2017 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier intercommunal Jura Sud, du centre hospitalier Louis-Jaillon de Saint-Claude et du centre hospitalier Léon-Bérard de Morez 136

Instruction n° CNG/DGD/UDH/DS/2017/210 du 22 juin 2017 relative à la mise en œuvre des tableaux d'avancement aux échelons spéciaux hors classe et classe exceptionnelle et au grade de la classe exceptionnelle du corps des directeurs d'hôpital au titre de l'année 2018 137

Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière 156

Pages

Note d'information n° DGOS/RH4/RH3/DGCS/4B/2017/190 du 6 juin 2017 relative aux droits des agents en situation de parentalité 207

Santé publique

Décision du 29 juin 2017 portant agrément de la société APICEM pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées dans le cadre du service Apicrypt 2 212

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément du groupement d'intérêt économique Harmonie Informatique Services Mutualistes pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par ses membres..... 213

Décision du 13 juillet 2017 portant renouvellement d'agrément du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients..... 214

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société ITS Integra pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par le client..... 215

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société IP Line pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients (Service cloud hybride HDS) 216

Note d'information n° DGS/PP2/2017/180 du 29 mai 2017 relative à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme 217

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

Instruction n° DGS/PP2/2017/187 du 18 mai 2017 relative au diagnostic et à la prise en charge des enfants exposés *in utero* au valproate de sodium et à ses dérivés ainsi qu'aux autres antiépileptiques..... 224

Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2017/136 du 24 mai 2017 relative au Plan national canicule 2017 236

Instruction n° DGS/CORRUSS/SP1/PP2/DGOS/PF2/RH1/2017/196 du 9 juin 2017 relative à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques de gestion des vaccins adultes contre l'hépatite B disponibles en France pendant la période de pénurie 291

Pharmacie

Pharmacie humaine

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes® 297

SOLIDARITÉS

Professions sociales

Arrêté du 13 juillet 2017 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2018..... 300

Instruction n° DGCS/SD4A/2017/189 du 20 juin 2017 relative au certificat de spécialité complémentaire du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social..... 301

Pages

Établissements sociaux et médico-sociaux

Instruction n° CNG/DGD/BDH-DS/BD3S/2017/200 du 15 juin 2017 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2017 305

Instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) 346

Population, migrations

Instruction n° DSS/DACI/2017/218 du 4 juillet 2017 relative à la revalorisation du barème des allocations familiales servies en application de la convention générale de sécurité sociale du 1er octobre 1980 entre la France et l'Algérie 401

PROTECTION SOCIALE

Sécurité sociale : organisation, financement

Arrêté modificatif du 5 juillet 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57e promotion) 404

Décision du 5 juillet 2017 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2017 405

Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité 407

Liste des agents de contrôle de la branche vieillesse ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale 408

Liste des agents de contrôle de la branche famille ayant reçu l'agrément définitif d'exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale 409

Accidents du travail

Décision n° DS 2017-44 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 410

Décision n° DS 2017-46 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 411

Décision n° DS 2017-47 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 412

Décision n° DS 2017-48 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 414

Pages

Décision n° DS 2017-49 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 415

Décision n° DS 2017-50 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 417

Décision n° DS 2017-51 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 418

Décision n° DS 2017-52 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 419

Décision n° DS 2017-53 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 420

Décision n° DS 2017-54 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 421

Décision n° DS 2017-56 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 422

Décision n° DS 2017-57 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 424

Décision n° DS 2017-58 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 425

Décision n° DS 2017-59 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 426

Décision n° DS 2017-61 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 428

Décision n° DS 2017-62 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 429

Décision n° DS 2017-63 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 430

Décision n° DS 2017-64 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 431

Décision n° DS 2017-65 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 433

Décision n° DS 2017-67 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 435

Décision n° DS 2017-68 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 437

Décision n° DS 2017-69 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 438

Décision n° DS 2017-70 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 439

Décision n° DS 2017-71 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 440

Décision n° DS 2017-72 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 441

Décision n° DS 2017-73 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 442

Décision n° DS 2017-74 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 443

Décision n° DS 2017-75 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 444

Pages

Décision n° DS 2017-76 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 445

Décision n° DS 2017-77 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 446

Décision n° DS 2017-78 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 447

Décision n° DS 2017-79 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 449

Décision n° DS 2017-80 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 451

Décision n° DS 2017-81 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 452

Décision n° DS 2017-82 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 453

Décision n° DS 2017-83 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante 454

ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DES SPORTS

Secrétariat général

Direction des ressources humaines

Sous-direction de la qualité de vie au travail

Bureau des conditions de travail et de la médecine de prévention

Note de service n° DRH/SD3C/2017/194 du 6 juillet 2017 relative aux modalités d'organisation du télétravail dans les services d'administration centrale des ministères sociaux

NOR : *SSAR1716943N*

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles de télétravail résultant d'indications médicales.

Résumé : la présente note de service précise les conditions de mise en œuvre du télétravail dans les services centraux relevant du ministre chargé des solidarités et de la santé, du ministre chargé du travail, du ministre chargé de l'éducation nationale et du ministre chargé des sports.

Mots clés : télétravail – organisation du travail – hygiène et sécurité – conditions de travail.

Références :

Article R. 4121-1 du code du travail ;

Article 133 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels de la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique ;

Décret n° 83-453 du 28 mai 1982 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité au travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

Décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature ;

Arrêté du 26 juin 2017 portant application dans les services d'administration centrale et les établissements publics relevant des ministères des solidarités et de la santé, du travail, de l'éducation nationale, des sports, des dispositions du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature ;

Guide du télétravail (guide d'accompagnement de la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature) de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) du 9 mai 2016.

Texte abrogé :

Note de service DRH/SD3/2016 n° 140 du 29 avril 2016 portant sur les modalités d'organisation du télétravail dans les ministères sociaux et protocole d'accord de télétravail à domicile annexé à cette note.

Annexes :

Annexe 1. – Grille d'autodiagnostic.

Annexe 2. – Les risques liés au télétravail.

Annexe 3. – Grille d'analyse de l'activité.

Annexe 4. – Journal de bord du télétravailleur-se.

Annexe 5. – Journal de bord à destination du manager.

Annexe 6. – Modèle d'arrêté individuel.

Annexe 7. – Fiche d'instruction d'une demande de télétravail validée par l'administration.

Annexe 8. – Fiche d'évaluation individuelle et collective.

Annexe 9. – Schéma de la procédure de télétravail (dispositif de droit commun).

La ministre des solidarités et de la santé, la ministre du travail, le ministre de l'éducation nationale et la ministre des sports à Monsieur le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales ; Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales ; Monsieur le chef de l'inspection générale de la jeunesse et des sports ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs et chef(fe)s de service d'administration centrale.

Introduction

Le télétravail dans la fonction publique est régi par les dispositions du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, pris pour l'application de l'article 133 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 modifiée relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents-es contractuels-elles dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique.

La mise en place du télétravail s'inscrit dans un objectif conjoint de modernisation de l'organisation du travail, d'adaptation aux évolutions des méthodes de travail et d'amélioration de la qualité de vie au travail des agents-es.

C'est dans ce cadre qu'a été pris l'arrêté du 26 juin 2017 portant application dans les services d'administration centrale et les établissements publics relevant du ministre chargé des affaires sociales et de la santé, du ministre chargé du travail et de l'emploi, du ministre chargé des familles, de l'enfance et des droits des femmes et du ministre chargé de la ville, de la jeunesse et des sports du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature.

La présente note de service a pour objectif de préciser les modalités de mise en place du télétravail dans l'administration centrale des ministères sociaux.

Les comités techniques (CT) et les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) d'administration centrale placés auprès de la ministre chargée des affaires sociales et de la santé, de la ministre chargée du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social, de la ministre chargée des familles, de l'enfance et des droits des femmes, du ministre chargé de la ville, de la jeunesse et des sports, ont été consultés.

I. – PRINCIPES GÉNÉRAUX

I.1. **Définition**

Le télétravail est défini à l'article 2 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre de télétravail dans la fonction publique et la magistrature, comme « toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux de son employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication ».

Le décret du 11 février 2016 susvisé s'applique aux fonctionnaires et agents-es publics-ques non fonctionnaires régis-es par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, ensemble la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État.

Le télétravail doit permettre de mieux articuler vie personnelle et professionnelle. Sont exclues du champ d'application du décret du 11 février 2016 précité les autres formes de travail à distance : le travail distant et le travail nomade.

I.2. **Les principes généraux gouvernant le télétravail**

Le télétravail obéit à un certain nombre de principes généraux :

▶ le télétravail revêt un caractère volontaire et est soumis à un accord exprès du ou de la responsable hiérarchique : l'agent-e doit formellement demander à son-sa responsable hiérarchique l'autorisation d'exercer en télétravail laquelle est subordonnée à l'accord exprès du-de la responsable hiérarchique et la validation du chef de service. Le télétravail ne peut être imposé à un-e agent-e par l'administration ;

▶ le télétravail correspond à un mode particulier d'organisation du travail. Il ne constitue pas un aménagement du temps de travail. Les jours télétravaillés définis dans l'acte individuel sont liés au bon fonctionnement du service ;

▶ le télétravail est pendulaire : il suppose une présence effective minimale au sein de l'équipe et sur le lieu d'affectation et est plafonné. L'agent-e en télétravail conserve un poste de travail sur le site d'affectation ;

▶ l'autorisation de télétravail doit faire l'objet d'un arrêté individuel (ou d'un acte individuel pour les contractuels-elles) ;

▶ le télétravail s'inscrit dans une relation de travail fondée sur la confiance mutuelle. Il suppose d'être pris en compte dans l'organisation du collectif de travail et dans les modalités de définition et de contrôle des activités réalisées ;

▶ le télétravail est réversible : l'agent-e ou l'administration peuvent décider à tout moment unilatéralement, et par écrit, de mettre fin au télétravail sous réserve du respect d'un délai de prévenance. À titre indicatif, ces délais sont de un mois lors de la période d'adaptation et de deux mois en dehors de cette période ;

▶ le télétravail ne doit pas devenir un frein à la mobilité et ne doit pas porter préjudice à l'évolution de carrière du télétravailleur - de la télétravailleuse, correspondant à ses aptitudes professionnelles et ses aspirations. L'agent-e en télétravail a les mêmes droits et obligations que les agents-es exerçant sur leur lieu d'affectation.

II. – MODALITÉS D'ORGANISATION

2.1. **Adaptation de l'organisation du travail et concertation interne**

La mise en œuvre du télétravail nécessite, en amont, une réflexion sur l'organisation du travail et de définir collectivement les gains attendus. En effet, la mise en œuvre du télétravail doit garantir la continuité du service public, la qualité du travail, ainsi que l'égalité de traitement entre les agents-es en télétravail et les agents-es sur sites. Dès lors il est nécessaire de s'interroger collectivement sur l'organisation du service, la charge de travail et les gains attendus du télétravail.

a) Une organisation du service adaptée

La mise en œuvre du télétravail et sa bonne intégration au fonctionnement des différents services impliquent que chaque directeur-rice ou responsable hiérarchique conduise avec les personnels chargés d'encadrement une réflexion approfondie sur les activités pouvant être exercées en télétravail au sein des différentes équipes de travail et sur les adaptations à apporter, le cas échéant, à l'organisation interne pour mieux intégrer cette modalité d'exercice des fonctions.

Les institutions représentatives du personnel (commissions locales de concertation des administrations centrales), et les personnels du service eux-mêmes seront informés de la réflexion sur cette nouvelle organisation du travail. Les agents pourront être consultés par le biais de réunions d'information ou d'enquêtes internes, sur leurs attentes concernant le télétravail, ou dans le cadre de la mise en place d'un groupe de travail spécifique.

Le déploiement du télétravail nécessite en effet une réflexion préalable sur le travail et son organisation :

– Quelles activités sont exercées ? Sont-elles télétravaillables ?
– Les fiches de procédure sont-elles établies ?
– Quels sont les liens avec le public, les partenaires externes/internes, leur fréquence ?
– Quel besoin/rythme de réunions d'équipes ? Y a-t-il des « binômes » ?

Cette réflexion aura également pour objet de déterminer les modalités progressives de mise en œuvre du télétravail, notamment par :

– la sanctuarisation d'un jour de réunion par semaine dans le service pour regrouper l'ensemble des membres de l'équipe de travail de sorte que ce jour ne pourra être posé en télétravail par aucun(e) agent(e) ;
– la création d'un espace intranet accessible à tous facilitant le partage commun de l'information et des outils de travail (excluant de fait l'utilisation du disque dur) ;
– l'accès à l'espace réseau partagé devra également être prévu.

b) Un management à adapter

Le télétravail constitue une nouvelle forme de management à distance dans laquelle, managers et télétravailleurs-ses doivent s'investir.

Le rôle de manager à distance diffère sensiblement de celui d'un manager traditionnel proche physiquement de ses équipes. Le-a supérieur(e) hiérarchique devra s'efforcer de favoriser la cohésion d'équipe et permettre les échanges entre collaborateurs tout en accompagnant le télétravailleur.

Le télétravail suppose l'autonomie et la responsabilisation de l'agent-e dans l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

De sorte que le-la responsable hiérarchique (chef-fe de bureau, de mission, de département, de pôle, de section etc.) dans son rôle de manager sera amenée à définir de nouvelles procédures de travail pour l'ensemble de l'équipe de travail :

– anticiper le travail collectif de l'équipe ;
– planifier les activités individuelles et collectives dans un cadre collectif ;
– fixer les objectifs clairs à l'agent(e) en télétravail notamment en mettant en place un plan de charge ou d'action individuel avec des actions priorisées dans le temps, les délais impartis pour réaliser le travail ;
– définir les critères permettant d'évaluer la qualité et la pertinence du travail rendu, tout en lui laissant une grande autonomie dans la gestion des moyens.

Le rôle du-de la responsable hiérarchique sera central dans la réussite de ce projet de refonte de l'organisation interne et dans sa relation avec les agents-es puisqu'il-elle devra veiller à renforcer son rôle de prévision, son rôle de contrôle et de pilotage.

Les documents joints en annexe (journal de bord notamment) constituent des outils sur lesquels télétravailleurs-ses et managers peuvent s'appuyer (*cf.* annexes 3, 4 et 5).

Le-a supérieur-e hiérarchique doit être attentif-ve à sa communication, s'agissant notamment des courriels : il devra être accessible et veiller à répondre dans un délai raisonnable (24 heures) aux courriels, à afficher un message d'alerte en cas d'absence. Pour les sujets plus sensibles, l'usage du téléphone sera privilégié.

Si le télétravail n'est pas de droit, l'administration doit toutefois pouvoir faciliter le télétravail à l'agent.

Le guide de l'encadrant et de l'encadrante dans la fonction publique édité en 2017 par le ministère de la fonction publique apporte des repères et des conseils méthodologiques aux encadrants-es dans la mise en place du télétravail (*cf.* pages 119-122 du guide ; en ligne : http://www.fonction-publique.gouv.fr/guide-de-lencadrante-et-de-lencadrant-dans-la-fonction-publique).

De son côté, l'agent-e bénéficiant du télétravail doit se mettre en situation de rendre compte de l'activité effectuée et de répondre aux sollicitations de son-sa supérieur-e hiérarchique direct-e et de ses collègues.

c) Les gains collectifs attendus

La mise en œuvre du télétravail nécessite un changement de culture. La définition des gains attendus, tant pour le-la télétravailleur-se que pour le collectif de travail, est de nature à favoriser la réussite du dispositif.

Les gains attendus pour les télétravailleurs-ses sont facilement identifiables : réduire la fatigue, travailler au calme, gagner en autonomie, en rapidité, mieux concilier sa vie personnelle et professionnelle et limiter le stress.

Le télétravail doit également se traduire par des effets positifs pour le collectif de travail. Il conduit en effet à un management plus participatif, responsabilisant les agents-es tout en incitant les responsables à mieux formaliser les objectifs et les délais de réalisation.

Le comité d'évaluation prévu au VI de la présente circulaire devra notamment évaluer les gains du télétravail.

2.2. **Quotité de temps pouvant être exercée en télétravail**

La quotité de temps pouvant être exercée en télétravail au sein d'une équipe de travail doit être définie de sorte que la satisfaction des aspirations des agents-es s'articule avec l'organisation et le fonctionnement du service ainsi qu'avec la préservation des relations collectives de travail.

a) Règles générales

(i) Le principe

Tout agent-e, dans le cadre d'un télétravail fixé hebdomadairement, doit être présent sur son lieu d'affectation au moins deux jours par semaine (*cf.* art. 3 du décret du 11 février 2016).

Agents-es exerçant leurs fonctions à temps plein

Pour un(e) agent(e) exerçant à temps plein, le nombre maximum de jours en télétravail est de trois jours par semaine, soit 12 jours sur une base mensuelle.

La quotité minimale est d'une demi-journée par semaine.

Agents-es exerçant leurs fonctions à temps partiel

Lorsque l'agent(e) exerce à temps partiel, le nombre de jours maximum en télétravail est diminué du nombre de jours ou demi-journée par semaine (*cf.* tableau DGAFP ci-dessous).

QUOTITÉ de temps partiel	NB DE JOURS TRAVAILLÉS par semaine au titre du temps partiel	NB MAXIMUM DE JOURS de télétravail possible (base hebdomadaire)	NB MAXIMUM DE JOURS de télétravail possible (base mensuelle)
50 %	2,5	0,5	2
60 %	3	1	4
70 %	3,5	1,5	6
80 %	4	2	8
90 %	4,5	2,5	10

Il convient de préciser qu'est inclus dans le temps de présence sur le lieu d'affectation : le temps passé par l'agent en réunion de travail ou en formation.

Dans le cadre de la montée en charge du dispositif, il est recommandé dans un premier temps et sauf cas particulier, de prévoir une durée de télétravail d'une ou deux journée-s par semaine.

(ii) Exception : le cas particulier du télétravail pour raison de santé

Le seuil de présence d'au moins deux jours par semaine de l'agent-e en télétravail sur le site d'affectation prévu à l'article 3 du décret du 11 février 2016 est susceptible de dérogations à la demande des agents-es dont l'état de santé le justifierait et après avis du médecin de prévention.

La durée de l'autorisation de télétravail est fixée compte tenu de l'avis émis, selon le cas, par le comité médical, ou par le médecin de prévention (par exemple, en cas de préconisation à l'issue d'un CLM/CLD)

Ces dérogations sont accordées pour une période de six mois renouvelable une fois après avis du médecin de prévention. À l'expiration de la période d'un an (six mois renouvelable une fois), le médecin de prévention à nouveau saisi peut renouveler l'autorisation de télétravail pour raison de santé.

Pour mémoire, si l'avis du médecin de prévention ne peut être suivi, le CHSCT doit en être tenu informé.

b) Télétravail mensualisé fixe ou par jours flottants

Conformément à l'article 3 du décret du 11 février 2016, la quotité de fonctions exercée en télétravail peut être appréciée sur une base mensuelle, de même que l'obligation de présence dans le service.

Deux cas de figures peuvent être envisagés :

(i) Les jours de télétravail mensualisés fixés de manière régulière dans l'arrêté individuel de l'agent(e) :

Exemples :

– le mercredi (soit 4 ou 5 jours/mois) ;
– le lundi des semaines paires (soit 2 jours/mois) ;
– du lundi au vendredi de la 4e semaine du mois (5 jours/mois).

(ii) Les jours de télétravail dits « flottants »

Dans certains cas, et notamment pour les personnels chargés de fonctions d'encadrement ou de fonctions d'expertise de haut niveau, il peut être plus facile d'adapter le télétravail aux nécessités du service en accordant aux intéressés-ées un certain nombre de jours par mois d'autorisation de télétravail à des dates non fixées à l'avance.

Le nombre de jours attribuable sera défini d'un commun accord entre l'agent-e concerné-e et son ou sa supérieur-e hiérarchique, dans les limites des seuils maximaux exposés au *a*.

Conditions d'attribution

Un délai de prévenance d'au moins cinq jours ouvrés devra être respecté, sauf en cas de force majeure. Le délai de prévenance devra figurer dans l'arrêté individuel.

Cependant, les intéressé-es pourront dans certains cas, et en accord avec leur responsable hiérarchique, demander l'utilisation de ces jours dans un délai inférieur au délai de prévenance fixé dans l'arrêté, pour des raisons tenant à l'intérêt du service ou à des circonstances personnelles particulières (à titre d'exemple intérim à assurer, réunion impérative, contrainte personnelle).

Les jours non utilisés dans le mois ne pourront être reportés sur le mois suivant.

À titre plus exceptionnel, si les fonctions exercées par l'agent-e le justifient, notamment en cas de forte saisonnalité de certaines activités, une modulation des jours flottants pourra être envisagée sur une période supérieure à un mois, par exemple :

– un jour/mois de janvier à mars ;
– pas de jours flottants d'avril à juin (période de réunion de CAP ou CT...) ;
– un ou deux jours/mois de septembre à décembre.

La périodicité de ces jours flottants pourra donc être déterminée par le-la chef-fe de service en fonction de la situation particulière de ses services et de la nature des activités exercées.

Dans tous les cas, le télétravailleur, même dans le cas de jours flottants, devra être présent deux jours sur site.

c) Utilisation des jours de télétravail

Possibilité de report ponctuel

Dans le cas d'une autorisation de télétravail portant sur des jours fixes, le principe est que les jours ne sont pas reportables. À titre d'exemple, un agent télétravaillant un jour par semaine, fixé dans l'acte individuel le jeudi, ne pourra venir sur site le jeudi et télétravailler le vendredi.

Cependant, dans certains cas, l'administration peut demander à l'agent(e) de revenir sur son lieu de travail pour des nécessités de service non prévisibles (réunion ne pouvant être décalée et pour laquelle la présence de l'agent-e est indispensable, nécessité d'assurer en urgence une activité non télétravaillable).

Dans ces cas spécifiques, il sera possible d'apporter ponctuellement une modification aux jours télétravaillés pour répondre à une nécessité de service.

De même, à la demande de l'agent(e), des modifications pourront être accordées en cas de difficultés particulières rencontrées (grève des transports...), ou de problème matériel (panne informatique...), pouvant justifier que l'agent(e) vienne sur son site professionnel alors qu'il devait être en télétravail, ou l'inverse.

Le caractère répétitif des demandes de report de télétravail sur une période de trois mois vaut modification du calendrier des jours télétravaillés dès lors qu'il affecte durablement l'organisation du travail et conduit l'administration à revoir les modalités du télétravail prévues dans l'acte individuel de l'agent-e.

Modification définitive du calendrier des jours télétravaillés

Tout changement définitif du calendrier des jours télétravaillés, en cours d'année, que ce soit à la demande de l'agent-e ou à celle de son-sa responsable hiérarchique, entraîne une modification de l'arrêté individuel de l'agent-e ou d'un nouvel avenant à son contrat de travail. Dans tous les cas, cette modification sera précédée d'un entretien entre l'encadrant-e et l'agent-e concerné-e et requièrera l'accord de la hiérarchie.

2.3. **Horaires de télétravail**

Agents-es soumis à un décompte horaire de leur durée de travail

Une journée de télétravail est forfaitairement décomptée pour la durée de travail correspondant à son cycle de travail lorsqu'il est sur son site professionnel et ceci quel que soit le mode de décompte des horaires. Pour les directions qui auraient opté pour une gestion automatisée du travail (badgeage), la journée en télétravail sera décomptée forfaitairement.

Ainsi un agent travaillant sur un cycle horaire de 38 h 30 se verra décompter 7 h 45 lors des journées télétravaillées.

Lorsque des plages horaires fixes sont en vigueur dans le service de rattachement de l'agent, celles-ci doivent être incluses dans les horaires de l'agent(e) en télétravail.

La durée quotidienne en télétravail doit correspondre à la durée de travail s'appliquant aux agents sur site telle que mentionnée dans les règlements intérieurs en vigueur.

L'agent-e doit pouvoir être joint-e par son-sa responsable hiérarchique pendant ses horaires de travail. L'arrêté individuel déterminera les plages horaires durant lesquelles l'agent pourra être joint et fixera également la pause méridienne qui ne saurait être inférieure à quarante-cinq minutes.

À titre indicatif, l'amplitude des heures de fonctionnement des services c'est-à-dire la somme des heures pendant lesquelles les agents peuvent (plages mobiles) ou doivent (plages fixes) travailler tout en observant leur pause méridienne ainsi que la durée quotidienne de travail est rappelée dans le tableau ci-dessous.

CARACTÉRISTIQUES du temps de travail : ce que dit la réglementation	APPLICATION EN ADMINISTRATION CENTRALE	
Durée annuelle (1 607 heures)	1 607	
Durée hebdomadaire : elle doit être fixée dans le respect des 1 607 heures	38 h 30	38 heures
Durée quotidienne	7 h 42	7 h 45 pendant 4 jours et 7 heures le lundi ou le vendredi (pour cette journée, la réduction horaire s'effectue soit le lundi matin soit le vendredi après-midi
Semaine d'activité	Du lundi au vendredi	
Pause méridienne	Au moins 45 min	Pas moins de 45 min et jusqu'à 2 heures (entre 12 heures et 14 heures)
Plage mobile du matin	7 h 30-9 h 30	
Plage fixe du matin	9 h 30-12 heures	
Plage mobile méridienne	12 heures-14 h 30	
Plage fixe de l'après-midi	14 h 30-16 h 30	
Plage mobile de l'après-midi	16 h 30-19 h 30	

Les échanges avec son service peuvent se faire soit par messagerie électronique, soit par téléphone, dès lors qu'un téléphone portable professionnel aura pu être remis à l'agent(e).

La prise en compte des horaires de travail se fait sur déclaration du télétravailleur.

Personnels régis par l'article 10 du décret n° 2000-815 du 25 août 2000

Les personnels concernés, qui sont souvent chargés de fonctions de responsabilité ou qui disposent d'une grande autonomie dans l'organisation de leur travail, ne sont pas soumis à un décompte horaire mais à un forfait jour.

Ceux-ci-celles-ci peuvent donc, pendant leurs journées effectuées en télétravail, être amenés à répondre à des sollicitations de leur responsable hiérarchique dans le cadre d'une amplitude horaire plus large que celle correspondant aux horaires journaliers en vigueur dans leur service d'affectation.

Cependant, cette disponibilité plus grande attendue de ces personnels ne doit pas conduire à déroger aux garanties minimales définies à l'article 3 du décret susmentionné du 25 août 2000 précité.

2.4. **Définition de critères de priorisation en cas d'un afflux de demandes**

En cas d'afflux des demandes, il est nécessaire, après consultation des équipes et des représentants-es du personnel de fixer des critères de priorisation des demandes.

En effet, tout-e agent-e, dès lors qu'il exerce au moins en partie des activités éligibles au télétravail, peut solliciter l'autorisation de les exécuter selon cette modalité pour une partie de son temps de travail.

Se pose alors la question pour le-la responsable hiérarchique de répondre à l'afflux éventuel de demandes d'autorisation de télétravail dans l'équipe. Il lui appartient en effet de prendre en compte tant les demandes pour motif médical que les demandes de télétravail formulées pour d'autres motifs et d'en mesurer l'impact sur l'organisation et le collectif de travail.

De fait, les demandes de télétravail préconisées par le médecin de prévention relèvent d'un aménagement de poste. Lorsqu'elles posent une difficulté de mise en œuvre, il appartient au service de chercher une solution avec le-la médecin de prévention. À défaut, le CHSCT doit en être tenu informé.

En amont du dépôt des demandes, il peut sembler opportun de déterminer, au sein d'une même entité (direction, service..) un mécanisme de priorisation des demandes. Ces règles devront être partagées et connues par tous : volume cible, priorisation des demandes, rotation entre télétravailleurs-ses, modulation du nombre de jours. Ces règles s'appuieront utilement sur les règles d'organisation évoquées au point 2.1 (*a*) de la présente circulaire.

a) Volume cible

Suivant les spécificités des services, il appartient au responsable hiérarchique de déterminer le seuil c'est-à-dire le minimum des agents-es nécessaire au bon fonctionnement du service. Il peut, en effet, considérer qu'en deçà d'un certain seuil d'effectif, l'intégration de télétravailleurs-ses peut être délicate pour maintenir un effectif minimum permanent dans le service.

Par ailleurs, la montée en charge du télétravail gagnerait a être graduelle, pour permettre l'adaptation de l'organisation du travail et des pratiques managériales.

Un plafond de 5 % de télétravailleurs supplémentaires chaque année doit permettre une évolution progressive de l'organisation du travail et l'équipement en matériels informatiques des télétravailleurs. Ce taux comprend également le télétravail accordé pour des raisons médicales.

Enfin, la disponibilité des équipements à mettre à disposition impose également une priorisation des demandes (*cf.* point 4.3).

b) Priorisation des demandes

Les demandes de télétravail ne sont recevables que de la part des agents-es exerçant au moins en partie des activités pouvant être télétravaillées et suffisamment autonomes dans leur travail (voir III).

Le motif le plus généralement admis est la distance entre le lieu de travail et le domicile de l'agent-e.

L'éloignement du lieu du domicile de l'agent peut, dans certains cas, être pris en considération lors de l'examen de la demande de télétravail à la condition que l'agent puisse rejoindre son site dans des délais raisonnables en cas de nécessité de service.

Ainsi, il n'y a pas lieu d'écarter la demande d'un-e agent-e au seul motif que son lieu de résidence serait peu éloigné du lieu d'exercice professionnel.

D'autres motifs sont également légitimes :

– l'articulation entre vie personnelle et vie professionnelle (engagement associatif ou civique, etc.) ;
– des contraintes familiales : agents-es aidants-es une personne en situation de dépendance ou en perte d'autonomie [parent, conjoint ou concubin], accompagnement de jeunes enfant(s) à charge, d'enfant(s) sans limite d'âge en situation de handicap ;

– le besoin d'un isolement pour l'exécution de certaines tâches professionnelles nécessitant une grande concentration ;
– la réduction des coûts de transport ;
– l'impact du télétravail au poste de l'agent-e pour le fonctionnement du service.

c) Modulation du nombre de jours de télétravail accordés à chacun-e des demandeurs-ses

Pour répondre à l'éventuel afflux de demandes, le-la responsable hiérarchique pourra faire droit aux demandes en limitant équitablement le nombre de jours de télétravail des agents-es.

d) Une organisation basée sur une rotation entre les demandeurs-ses

En cas de difficultés à prioriser les demandes, le-la responsable hiérarchique pourra mettre en place une rotation entre les bénéficiaires du télétravail, auquel cas les demandes seront enregistrées en prenant rang dans le temps.

2.5. **Organisation de campagnes de recueil des demandes de télétravail**

Afin de garantir une bonne adaptation de l'organisation du travail et une égalité de traitement entre agents-es à partir d'une vue d'ensemble des demandes, au sein des services, il apparait nécessaire de mettre en place une procédure de campagne pour le recueil des demandes en télétravail, comme il en existe déjà pour les procédures de mobilité, et un calendrier administratif répartis en deux sessions pour l'examen des demandes comme suit :

1re session : dépôt au plus tard le 31 janvier pour une prise d'effet au 1er juillet.

2e session : dépôt au plus tard le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier.

Pour 2017, la campagne organisée devra tenir compte des délais de publication de la présente circulaire. Ainsi les demandes devront être déposées au 15 juillet pour une prise d'effet entre le 15 septembre et le 1er novembre.

Une information préalable à l'ensemble des agents-es pourra être diffusée sur les dates de dépôt des demandes suivant le calendrier administratif, les délais d'instruction, les critères d'éligibilité. Cette information, portée par les services de ressources humaines de proximité devra être relayée par les supérieurs-es hiérarchiques.

L'organisation de telles campagnes, communes à l'ensemble des services de l'administration centrale, permettra également de recenser les besoins exacts en équipements informatiques (*cf.* point 4.3). En effet, certains agents peuvent d'ores et déjà disposer de tout ou partie des équipements nécessaires au télétravail. Ce recueil des besoins doit permettre une répartition équitable entre services des équipements informatiques, en prenant en compte les besoins exprimés et les équipements disponibles.

À l'issue de ces campagnes de recueil, l'ensemble des agents ayant déposé une demande d'autorisation de télétravail devra recevoir individuellement une réponse motivée.

Les demandes de télétravail formées pour un motif médical doivent être traitées en dehors de ces campagnes.

III. – L'ACCÈS AU TÉLÉTRAVAIL

3.1. **Conditions d'accès relatives à l'agent(e)**

Peuvent prétendre au télétravail :

➢ Tout(e) agent(e) public-que, fonctionnaire ou contractuel(le), bénéficiant d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat à durée indéterminée à temps complet, à temps incomplet ou à temps partiel.

Les agents-es stagiaires en cours de titularisation, les stagiaires sous convention, les vacataires ne peuvent exercer leurs fonctions en télétravail.

➢ justifiant d'une ancienneté minimale d'un an dans les fonctions.

Une ancienneté d'un an est recommandée dans la mesure où le télétravail suppose une autonomie, une aisance dans les fonctions et une bonne insertion dans le collectif de travail.

Néanmoins, il vous sera possible de déroger à ce principe, dans certains cas ne posant pas, *a priori*, de difficultés : il s'agit, en l'occurrence, des personnes arrivées depuis moins d'un an dans le service mais ayant déjà une expérience du télétravail au sein du même environnement professionnel (service, direction), si les activités devant être exercées en télétravail s'y prêtent aisément.

➢ suffisamment autonome :

Il est essentiel de s'assurer des aptitudes de l'agent-e à exercer en télétravail. Il-elle doit ainsi être autonome dans son travail, planifier ses tâches, gérer son temps et respecter les délais, rendre compte de manière régulière et complète, maîtriser les outils informatiques.

La grille d'auto-évaluation figurant en annexe doit permettre à l'agent-e d'évaluer son autonomie. Elle est strictement personnelle et n'a pas à être communiquée à son-sa responsable hiérarchique (*cf.* annexe 1).

À cet égard, il est important que le-la responsable hiérarchique puisse échanger sur ce point avec l'agent-e préalablement à la prise d'une décision de télétravail le concernant. Il peut être décidé, en accord avec l'agent-e, de prévoir une période préalable/probatoire de trois mois maximum, afin d'apprécier sa capacité à travailler à distance.

Tout au long de cette période préalable il conviendra d'examiner régulièrement, en lien avec l'agent-e, si la situation de télétravail est adaptée à sa situation, s'il convient éventuellement de modifier les conditions d'exercice du télétravail (en réduisant par exemple la quotité de celui-ci-celle-ci) ou s'il apparaît préférable pour l'agent-e comme pour son service, de mettre fin à cette modalité de travail.

3.2. **Conditions d'accès relatives aux activités**

La nature des activités que l'agent-e souhaite exercer en télétravail constitue une condition essentielle.

L'article 3 de l'arrêté ministériel précité énumère les catégories d'activités qui ne peuvent être exercées en télétravail.

Il s'agit des activités répondant à l'un des critères suivants :

– nécessité d'assurer un accueil ou une présence physique dans les locaux de l'administration, auprès de tous types d'usagers ;
– nécessité d'une présence physique dans les locaux de l'administration pour les missions de gestion de crise et d'alerte : il s'agit des actions de gestion de crise et d'alerte dans le domaine sanitaire et dans le domaine social ;
– accomplissement de travaux portant sur des documents confidentiels ou des données à caractère sensible, dès lors que le respect de la confidentialité de ces documents ou données ne peut être assuré en dehors des locaux de travail ;
– accomplissement de travaux nécessitant l'utilisation en format papier de dossiers de tous types ou nécessitant des impressions ou manipulations en grand nombre ;
– accomplissement de travaux nécessitant l'utilisation de logiciels ou applications faisant l'objet de restrictions d'utilisation à distance, ou l'utilisation de matériels spécifiques ;
– toute activité professionnelle supposant qu'un agent exerce hors des locaux de l'administration, notamment pour les activités nécessitant une présence sur des lieux d'inspection et de contrôle.

Le principe n'est donc pas d'exclure des métiers particuliers mais d'analyser, pour chaque agent-e qui souhaiterait exercer en télétravail, si les tâches qu'il-elle assure et qui ne répondent pas aux critères d'inéligibilité mentionnés ci-dessus, représentent une proportion suffisante de son temps de travail et sont susceptibles d'être effectuées en télétravail.

Il convient donc, au cas par cas, d'apprécier si certaines tâches ne nécessitant pas une présence sur le site de travail peuvent être effectuées à distance par l'agent-e, comme par exemple une permanence téléphonique avec le public, l'enregistrement sur chorus de dossiers de mise en paiement ou la rédaction de comptes-rendus de réunions…

Dès lors que l'agent-e n'exerce pas une activité figurant dans cette liste, il-elle peut formuler une demande de télétravail conformément à la procédure décrite ci-après.

3.3. **Conditions d'accès relatives au lieu d'exercice du télétravail**

a) Lieu(x) d'exercice

L'article 5 de l'arrêté ministériel prévoit que « Le télétravail peut s'exercer au domicile de l'agent ou dans les locaux professionnels distincts de ceux de son employeur public et de son lieu d'affectation, qu'ils soient situés dans tout bâtiment de l'État, d'une collectivité territoriale ou de leurs établissements publics mis à disposition à cet effet. »

Le télétravail s'exerce au domicile de l'agent-e ou dans les locaux d'autres administrations ou d'établissements publics désignés liés par une convention.

Le choix du lieu d'exercice du télétravail revient à l'agent, mais il doit être validé par le-la responsable hiérarchique, et par la DSI en termes de faisabilité technique (accès réseau, couverture 3/4 G, sécurité SI…). En cas d'impossibilité technique, l'administration pourra proposer un autre lieu de télétravail. Enfin, en cas de télétravail sur un autre site, l'accord du responsable du lieu d'accueil devra être recueilli.

Le télétravail pratiqué à domicile (résidence principale) reste l'option privilégiée des agents-es.

Dans ce cas, il peut être admis que le télétravail peut ponctuellement se pratiquer dans un autre lieu que son domicile : résidence secondaire, domicile d'un membre de son entourage.

Cette possibilité est ouverte sous réserve du respect des dispositions prévues au *b* ci-dessous.

L'employeur peut refuser qu'une résidence soit choisie par l'agent si la distance entre celle-ci et son lieu d'affectation met l'agent dans l'impossibilité de rejoindre son site dans des délais raisonnables en cas de nécessité de service.

Il convient de rappeler à l'agent-e en télétravail qu'en cas de nécessité de service, il peut être rappelé à tout moment sur son lieu d'affectation et que les coûts de transport afférents sont à sa charge.

b) Conformité des installations

Lorsque le lieu de télétravail est le lieu de domicile de l'agent(e), et conformément à l'article 8 de l'arrêté ministériel, celui-ci/celle-ci doit :

– fournir un certificat de conformité ou, à défaut, une attestation sur l'honneur justifiant la conformité des installations et des locaux, notamment des règles de sécurité électrique ;
– fournir une attestation de l'assurance auprès de laquelle il a souscrit son contrat d'assurance multirisques habitation précisant qu'elle couvre l'exercice du télétravail au lieu défini dans l'acte individuel ;
– attester qu'il dispose d'un espace de travail adapté et qu'il travaille dans de bonnes conditions d'ergonomie ;
– justifier qu'il dispose d'une connexion Internet adaptée.

Sur ce dernier point, dans le cas où l'intéressé ne justifierait pas d'une connexion Internet, l'administration examinera la possibilité de lui fournir des moyens de connexion.

IV. – PROCÉDURE D'ADMISSION ET MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF DE TÉLÉTRAVAIL

4.1. **Formalisation de la demande par l'agent(e)**

L'agent(e) adresse à son-sa supérieur(e) hiérarchique une demande écrite précisant ses motivations et les modalités d'organisation souhaitées : lieu d'exercice, quotité et jours de télétravail envisagés et activités que l'agent(e) propose d'exercer en télétravail.

Cette demande doit préciser les éléments suivants :

– ses motivations ;
– le lieu d'exercice du télétravail ;
– les activités qu'il propose d'effectuer en télétravail ;
– les modalités d'organisation souhaitées (quotité de télétravail, le[s] jour[s] de la semaine concerné[s], le lieu d'exercice souhaité et la date d'effet de la demande d'autorisation de télétravail).

4.2. **La procédure d'autorisation**

Le-la responsable hiérarchique direct est chargé de formuler un avis sur la demande de télétravail. Son avis s'appuie tant sur l'entretien préalable que sur l'examen des différents critères d'éligibilités énumérés au III de la présente circulaire.

4.2.1. *Un entretien préalable entre le-la responsable hiérarchique et l'agent-e*

Le-la responsable hiérarchique rappelle au préalable à l'entretien les objectifs du télétravail et fait une analyse de la faisabilité du télétravail avec l'agent-e en vue de déterminer :

– quelles activités télétravaillables seront exercées en télétravail ;

– la possibilité, ou non, de retenir le ou les jours demandés, compte tenu des nécessités d'organisation du service, notamment dans le cas où plusieurs agents-es d'un même service demanderaient à exercer en télétravail (quotité de temps télétravaillée et les jours) ;
– les horaires au cours desquels l'agent-e pourra être joint-e ;
– les jours de présence sur le lieu d'affectation ;
– les garanties sur l'espace de travail réservé à l'exercice du télétravail, c'est-à-dire un espace d'une surface suffisante, bien éclairé, au calme, permettant l'exécution des tâches confiées et facilitant les échanges téléphoniques avec la hiérarchie et le service ;
– l'adéquation de son activité avec la configuration bureautique « type » prévue.

Cet entretien joue un rôle déterminant dans la décision d'autorisation du télétravail dans la mesure où sont également évoqués les éléments propres à l'agent-e concernant son aptitude au télétravail, son autonomie, ses capacités d'organisation, sa maîtrise des outils informatiques et le besoin éventuel de formation.

Cet entretien doit également permettre d'évoquer la mise en place d'une éventuelle période d'adaptation limitée à trois mois maximum.

Le-la responsable hiérarchique doit s'assurer que l'espace dédié au télétravail présente les conditions nécessaires à un exercice optimal du travail et est conforme aux normes électriques. Il-elle indique à l'agent-e qu'en cas d'acceptation de sa demande un guide de recommandation ergonomique sera mis à sa disposition.

Il conviendra de rappeler à l'agent-e qu'il-elle s'engage à pouvoir se consacrer pleinement à son travail, dans la journée, aux heures qu'il-elle aura déclarées et qu'il-elle doit être à la disposition de son administration pendant ces horaires.

Enfin, il sera rappelé que pendant le télétravail, l'agent(e) se consacre à l'activité professionnelle pendant la période de temps de travail déclarée et se tient à la disposition du service sans vaquer à ses occupations personnelles.

4.2.2. *La décision favorable prend la forme d'un acte individuel*

À l'issue de cet entretien, le-la responsable hiérarchique donne un avis (favorable ou défavorable).

En accord avec l'agent, le-la supérieur-e hierarchique établira à l'attention des bureaux de RH de proximité et des bureaux de gestion une notice reprenant les éléments devant figurer dans l'acte individuel (jours de télétravail, horaires auxquels il peut être joint…) (*cf.* annexe 7).

Le chef de service statue sur les demandes de télétravail, après avoir saisi préalablement la DSI.

Dans le cas où le besoin informatique exprimé dépasse la configuration basique prévue, le bureau des ressources humaines et des affaires générales (BRHAG) ou équivalent transmet le dossier au service d'assistance de proximité qui évalue la faisabilité technique, avant de le transmettre au bureau gestionnaire compétent de la DRH pour prendre l'arrêté individuel ou l'avenant au contrat.

En cas d'avis favorable du-de la responsable hiérarchique, l'agent-e doit s'engager à produire les pièces prévues à l'article 8 de l'arrêté ministériel, l'accord définitif étant subordonné à leur production.

La gestion et la mise en place du télétravail sont assurées par la direction dont dépend l'agent-e. Une copie de la décision individuelle doit être adressée à la DRH/SD3C bureau des conditions de vie au travail (drh-sd3c@sg.social.gouv.fr).

Les directeurs-trices peuvent décider, pour permettre une plus grande égalité de traitement au sein des services, d'instituer, au sein de chaque structure, un comité chargé d'examiner les demandes émises et au regard notamment des avis émis par les responsables hiérarchiques et d'éclairer la décision du chef de service.

L'autorisation d'exercice en télétravail fait l'objet d'un acte individuel, lequel peut prendre la forme d'un arrêté individuel, pour un-e fonctionnaire, ou d'un acte individuel, pour un-e agent-e contractuel-le.

L'acte individuel doit mentionner (un modèle type est proposé en annexe) :
– le lieu d'exercice en télétravail ;
– les fonctions exercées par l'agent(e) en télétravail ;
– les jours ou demi-journées de télétravail (en cas de jours fixes), par semaine ou par mois ;
– le nombre de jours de télétravail, par mois (ou pour une autre période retenue, par exemple le trimestre), en cas de jours flottants. Dans ce cas, un délai de prévenance, qui ne pourra être inférieur à cinq jours ouvrés, sera précisé ;
– l'éventuelle période d'adaptation (3 mois maximum) ;

– les horaires de travail déclarés par l'agent-e, pendant lesquels il doit être joignable sur son lieu de télétravail, et le moment de la pause méridienne ;
– la liste des matériels mis à sa disposition ;
– la durée de l'autorisation de télétravail, qui est d'un an maximum renouvelable.

4.2.3. *Refus de la demande et voies de recours*

Lorsque l'examen de la demande d'admission au dispositif de télétravail soumise à l'appréciation du-de la responsable hiérarchique conduit à un refus, celui-ci doit être précédé d'un entretien avec l'agent-e (article 5, alinéa 6, du décret n° 2016-151 du 11 février 2016).

Ce refus doit intervenir au plus tard à la fin de la campagne (*cf.* point 2.5).

La décision portant refus de l'autorisation de demande de télétravail (refus d'autorisation de télétravail, refus de renouvellement de télétravail, cessation définitive de télétravail) doit être motivée dans les conditions définies par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public, et notifiée à l'agent-e.

Les motifs de refus se réfèrent notamment aux critères d'éligibilité et d'organisation du travail :

– tâches effectuées par l'agent non compatibles avec le télétravail énumérées à l'article 3 de l'arrêté ;
– difficultés d'autonomie de l'agent ;
– maîtrise insuffisante des savoirs, des outils et du réseau d'interlocuteur ;
– motifs jugés non prioritaires au regard de l'ensemble des demandes posées.

L'agent-e a la possibilité de saisir selon le cas la CAP (si l'agent-e est fonctionnaire) ou la CCP (si l'agent-e est contractuel-le) compétente d'un recours contre la décision de refus.

4.2.4. *Fin de la période de télétravail et renouvellement du télétravail*

a) Le télétravail prend fin :

– pendant la période d'adaptation de trois mois ;
– à l'échéance de l'autorisation ;
– en cas de changement de poste ;
– à tout moment.

L'agent-e peut prendre l'initiative de mettre fin au télétravail

La volonté de cesser l'exercice des fonctions en télétravail doit être formulée par écrit par l'agent-e, en respectant un délai de prévenance de deux mois (un mois en période d'adaptation), comme indiqué à l'article 5 du décret n° 2016-151 du 11 février 2016.

En cas de changement de poste, l'agent(e) devra donc présenter une nouvelle demande de télétravail sous réserve que ses activités soient, au moins pour partie, télétravaillables, et dans un délai permettant à son-sa responsable hiérarchique de s'assurer de sa maîtrise des nouvelles fonctions attribuées.

De même, le-la responsable hiérarchique, peut mettre fin par écrit, moyennant un délai de prévenance de deux mois (un mois en période d'adaptation) à l'autorisation de télétravailler de l'agent-e, pour des motifs tenant à l'organisation du service ou à des difficultés rencontrées par l'agent-e dans l'organisation de son travail.

La cessation de la période de télétravail intervient au terme du préavis, mais peut éventuellement prendre effet plus rapidement pour des raisons dûment motivées tenant à l'intérêt du service ou à la situation personnelle de l'agent-e.

À noter qu'un changement de poste entraîne la cessation du télétravail. L'agent-e devra donc présenter une nouvelle demande de télétravail sous réserve que ses activités soient, au moins pour partie, télétravaillables, et dans un délai permettant à son-sa responsable hiérarchique de s'assurer de sa maîtrise de ses nouvelles activités (en principe, un an).

b) À l'expiration de la période prévue dans l'acte individuel, le renouvellement du télétravail est subordonné à une nouvelle demande de l'agent-e et à un « accord exprès » de son-sa responsable hiérarchique.

Ce renouvellement donne alors lieu à l'établissement d'un nouvel arrêté ou d'un nouvel avenant au contrat de l'agent-e.

4.3. **Formation**

Des actions de formation pour les encadrants-es comme pour les personnels souhaitant exercer en télétravail ou se trouvant déjà dans cette situation sont organisées et inscrites au plan national de formation. Les managers et futurs télétravailleurs sont vivement incités à participer à ces formations.

Celles-ci sont organisées autour de trois modules distincts. Le premier module expose le cadre légal et les aspects techniques (une demi-journée). Un deuxième module vise à permettre aux agents en télétravail d'organiser leurs temps de travail de manière optimale et à acquérir des compétences de communication à distance (écoute active...). Enfin, dans un troisième module (une journée) les managers se verront proposer des outils pour mettre en œuvre le télétravail et manager leur équipe de façon adaptée à la diversité des situations de travail des membres de l'équipe et de piloter les résultats.

Il convient de considérer que ces formations constituent un investissement, notamment pour les cadres, pour l'organisation et le suivi des modalités de travail qui seront amenées à se développer dans les années à venir.

4.4. **Mise à disposition de matériel informatique et maintenance de ce matériel**

La DSI met à disposition des télétravailleurs-ses les équipements nécessaires. La configuration standard se décline comme suit :

- un ordinateur portable ou ultraportable en remplacement de son ordinateur de bureau ;
- une station d'accueil pour son bureau ;
- un grand écran pour son bureau ;
- une souris ;
- deux câbles d'alimentation électrique (sur les deux lieux d'exercice du travail) ;
- un câble de sécurité ;
- une sacoche de transport ;
- un téléphone mobile (voix uniquement).

De manière optionnelle, la DSI pourra fournir :

- un deuxième écran pour le lieu de télétravail ;
- une deuxième station d'accueil pour le lieu du télétravail.

Aucune imprimante n'est fournie par la DSI. Pour mémoire, le télétravail n'ouvre pas droit à une imprimante, les activités nécessitant l'accomplissement de travaux d'impression étant exclues de fait (*cf.* III.3.2).

Cette configuration est fournie avec un dispositif de sécurisation d'accès au système d'information du ministère préinstallé.

L'agent-e peut signaler des besoins spécifiques dont il souhaite la prise en considération.

Il-elle lui revient de formuler ceux-ci dans le cadre de l'expression de sa demande de télétravail en tenant compte des dispositions prévues à l'article 3 de l'arrêté ministériel susmentionné.

Pour d'autres besoins spécifiques, le service RH de proximité transmet la demande de l'agent-e au service en charge de l'informatique de proximité, pour examen.

Le service informatique est en charge :

- de veiller à bien comprendre les motivations de chaque besoin exprimé, en s'en assurant si nécessaire auprès de l'agent-e ;
- de statuer sur la justification fonctionnelle de celui-ci ;
- d'identifier le dispositif technique spécifique approprié si le besoin est fonctionnellement justifié ;
- de fournir un compte-rendu circonstancié de ses conclusions.

Ce rapport contribue à l'appréciation des conditions relatives à l'autorisation de télétravail.

Mise en œuvre

Chaque agent-e bénéficie d'un accompagnement à l'utilisation de sa configuration en situation de télétravail.

Cet accompagnement est assuré par son équipe informatique de proximité, au moment de la remise des matériels. Il consiste, a minima, en une démonstration lui permettant d'établir seul sa première connexion en situation de télétravail.

Maintenance

Comme indiqué dans l'article 9 de l'arrêté ministériel, l'agent-e assure la mise en place initiale, et doit rapporter à son service informatique de proximité tout matériel nécessitant un acte technique ne pouvant être réalisé à distance.

Dans le cas où l'agent-e est dans l'incapacité de transporter lui-même le matériel mis à sa disposition, le service informatique de proximité se déplace à son domicile.

Déontologie – protection des données

La fourniture du matériel par l'administration vise à garantir la protection et la sécurité des données.

Le matériel doit être réservé à un usage professionnel et ne peut être utilisé que par l'agent-e lui-même/elle-même.

4.5. **Préservation de la santé et de la sécurité au travail des télétravailleurs-ses**

4.5.1. *Les garanties en matière de santé et de sécurité au travail*

L'agent-e en télétravail dispose des mêmes droits et obligations que les agents-es exerçant sur site. Lorsqu'il-elle exerce dans les locaux d'un autre service administratif, il-elle doit respecter les règles du service qui l'héberge.

L'agent-e qui télétravaille à son domicile bénéficie de la même couverture de risques que les autres agents-es de son service d'appartenance. Des accidents peuvent survenir au domicile.

L'ordonnance n° 2017-53 du 15 janvier 2017 portant diverses dispositions relatives au compte personnel d'activité, à la formation et à la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique prévoit en son article 10 l'imputabilité au service de tout accident survenu à un fonctionnaire dans l'exercice de ses fonctions.

Leur imputabilité au service pourra être prise en compte sous réserve que le cadrage des horaires de télétravail ait bien été effectué comme indiqué au 4.2.2.

La prévention des risques

Les dispositions du code du travail en matière de santé et de sécurité au travail s'appliquent à l'agent-e en télétravail.

Le poste de télétravail de l'agent-e fait l'objet d'une évaluation des risques professionnels dans le document unique d'évaluation des risques professionnels, dans les mêmes conditions que l'ensemble des autres postes de travail du service (*cf.* annexe 2).

L'agent-e en télétravail bénéficie de la surveillance médicale exercée par la médecine de prévention au même titre que l'ensemble des agents-es, en fonction de la nature des risques professionnels auxquels il-elle est exposé. Cependant, durant son autorisation de télétravail, l'agent-e peut demander à bénéficier, à tout moment, d'une visite médicale.

Des actions de prévention seront conduites pour prévenir les risques professionnels des agents-es exerçant leurs fonctions en télétravail (isolement, stress, prévention des risques psycho-sociaux, prévention des troubles musculo-squelettiques).

4.5.2. *Le suivi du travail réalisé et le maintien de la cohésion des collectifs de travail*

Il appartiendra au responsable hiérarchique d'organiser avec l'agent-e en télétravail des modalités de suivi de son travail.

Un système de tableau de bord pourra, par exemple, être utilisé par l'agent-e pour répertorier les tâches réalisées (*cf.* annexes).

Des entretiens pourront être également programmés régulièrement avec l'agent-e afin de faire un point des dossiers en cours, et la mise en commun de ces éléments pourra utilement être effectuée par l'agent-e en télétravail lors de réunions de bureau ou de service, afin de maintenir la cohésion du collectif de travail.

De même, afin de maintenir ce collectif et d'éviter les risques d'isolement du-de la télétravailleur-se, il conviendra de veiller à lui transmettre toutes informations utiles concernant l'organisation du service ou l'évolution des dossiers gérés par l'équipe, afin qu'il-elle ait le même niveau d'information que ses collègues exerçant sur site.

Enfin, afin de maintenir le niveau de communication de l'agent-e avec son-sa responsable hiérarchique et ses collègues se trouvant sur le site professionnel, et de ne pas augmenter la charge de ces derniers, il est recommandé de fournir à l'agent-e un téléphone portable professionnel (abonnement voix) afin qu'il puisse non seulement appeler son service et être appelé, mais sur lequel également il pourra effectuer un transfert de sa ligne téléphonique professionnelle.

V. – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

5.1. **Les agent-es en télétravail depuis l'année 2016**

Les agents déjà sous protocole de télétravail à la date de diffusion de la présente note pourront demeurer en télétravail jusqu'à échéance de la période en cours.

En revanche, lors du renouvellement, les dispositions ci-dessus s'appliqueront.

5.2. **Les demandes de télétravail portant sur l'année 2017**

Les agents-es qui étaient déjà sous protocole de télétravail en 2016, comme ceux qui formuleraient une demande pour la première fois, devront adresser par écrit leur demande de télétravail à leur responsable hiérarchique selon les campagnes mentionnées ci-dessus.

Les responsables hiérarchiques, après s'en être entretenus avec les agents-es concernés-ées, transmettront leur avis aux directeurs et directrices.

Les directeurs et directrices en fonction de l'ensemble des demandes en présence et des avis formulés par les responsables hiérarchiques, signeront les actes individuels (arrêtés de télétravail ou les avenants aux contrats de travail) des agents-es dont la demande aura été acceptée.

VI. – ÉVALUATION ET SUIVI DU DISPOSITIF

1. Un comité de pilotage est constitué afin d'évaluer le dispositif de télétravail et d'étudier les évolutions nécessaires.

Il est composé :

– de représentants-es du personnel ;
– de représentants-es des directions d'administration centrale ;
– du directeur des ressources humaines ou son-sa représentant-e.

Le dispositif du télétravail sera évalué en croisant plusieurs indicateurs :

– le nombre total de demandes par direction en distinguant le télétravail pour raison médicale et le télétravail de droit commun ;
– le nombre de télétravailleurs total et par service, en distinguant le télétravail pour raison médicale et le télétravail de droit commun ;
– la répartition générée des télétravailleurs ;
– le nombre de jours moyens télétravaillés ;
– les catégories d'agents bénéficiant de ce dispositif ;
– les jours de la semaine majoritairement demandés en télétravail ;
– le nombre de détélétravailleurs bénficiant du dispositif de jours flottants ;
– le nombre de refus ainsi que la nature du refus par direction.

2. Un bilan annuel sera présenté devant le CHSCT-AC réuni en formation conjointe.

3. Le bureau des conditions de travail à la direction des ressources humaines est compétent et est chargé de l'appui des directions des administrations centrales et du suivi de la mise en œuvre du dispositif.

*
* *

Vous voudrez bien m'informer, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente note de service.

J'attends en effet une implication managériale déterminée pour accompagner l'évolution de nos pratiques professionnelles et répondre aux attentes de nos collègues en matière d'articulation vie personnelle-vie professionnelle. Je tiens aussi à souligner que le recours aux technologies du numérique ouvre une nouvelle opportunité pour le déploiement du télétravail au service de qualité de vie au travail et de l'efficacité des agents-es dans leur activité professionnelle.

Mes services se tiennent à votre disposition pour vous accompagner dans la mise en œuvre de ce changement.

Pour les ministres et par délégation :
Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

GRILLE D'AUTODIAGNOSTIC

Outil d'autodiagnostic
pour les agents-es
demandeurs-ses de télétravail

EST-CE QUE JE PEUX LE FAIRE ?

AU MOINS 3 NIVEAUX DE VIGILANCE :

1 - Moi en télétravail

2 - Télétravailler à mon domicile

3 - La vie de ma famille avec moi en télétravail à la maison

1 - MOI EN TÉLÉTRAVAIL

- *Est-ce que je maîtrise suffisamment mon métier et mon poste de travail pour travailler seul ? à distance de mes collègues, de mon chef, des services ressources de l'administration, des clients, des fournisseurs… ?*
- *Est-ce que je suis suffisamment à l'aise avec l'informatique (ordinateur, logiciel, smartphone…) et les TIC (Internet, intranet, serveur…) ?*
- *Est-ce que je sais et peux organiser mon travail seul-e ?*
- *Est-ce que j'arriverai à passer facilement et régulièrement à passer d'un lieu à l'autre tout en travaillant efficacement ?*
- *Est-ce que j'arriverai à me concentrer et à travailler efficacement chez moi, sans une ambiance générale de travail ?...*

2 - TÉLÉTRAVAILLER À MON DOMICILE

- *Est-ce que je réussirai à préserver un espace de travail pérenne chez moi (inclus rangement) ?*
- *Avec de bonnes conditions au niveau du calme, de la clarté… ?*
- *En respectant les règles de santé et de sécurité au travail, fixées par mon employeur ?*
- *En me conformant aux règles et aux mesures de protection des données de l'administration et à leur confidentialité ?*
- *Est-ce que j'accepterai une visite d'inspection chez moi à la demande de mon employeur sur l'espace que je réserve au télétravail, effectuée par les représentations du personnel chargés des questions d'hygiène et de sécurité et/ou des autorités administratives compétentes ? …*

3 - LA VIE DE MA FAMILLE AVEC MOI EN TÉLÉTRAVAIL À LA MAISON

- *Qui ou qu'est-ce qui est susceptible de m'interrompre pendant que je télétravaille sur les plages horaires de travail ?*
- *Mon compagnon/ma compagne, mes enfants, un proche, un extérieur seront-ils à la maison :*
  - *Pendant que je télétravaillerai ?*
  - *Après que j'aurai commencé à télétravailler ?*
  - *Avant que j'ai fini de télétravailler ?*
  - *Pendant les plages-horaires de travail ?*
  - *Pendant la pause méridienne ?*
- *Si oui, qui prend en charge les enfants ou les proches dépendants pendant que je télétravaille ?*
- *Est-ce que mes proches peuvent comprendre/supporteront que je travaille à la maison en même temps qu'ils sont présents ?...*

<u>Exploitation</u> :

Si vous avez répondez OUI à toutes les questions (sauf questions 1, 2 et 3 du paragraphe 3), **vous êtes prêt(e) à télétravailler.**

Si certaines réponses sont NON, **des difficultés** seront **possibles** pour vous en **situation de télétravail**.

ANNEXE 2

LES RISQUES LIÉS AU TRAVAIL

Définition

L'article 2 du décret n°2016-151 désigne le télétravail désigne comme « toute forme d'organisation du travail dans laquelle les fonctions qui auraient pu être exercées par un agent dans les locaux de son employeur sont réalisées hors de ces locaux de façon régulière et volontaire en utilisant les technologies de l'information et de la communication »

Risques	Dommages
-Pour le télétravailleur • Risques psychosociaux o Isolement social et professionnel o Difficultés à scinder vie personnelle et vie professionnelle o Objectifs mal dimensionnés o Contrôle inadapté et/ou abusif o Démotivation liée à la monotonie o Désocialisation • Risques physiques o Risques liés au travail sur écran o Risques engendrant des TMS o Electriques -Pour le collectif de travail • Le rejet des collègues qui jugent la personne en télétravail « privilégié » • Alourdissement des tâches des personnes sur site	- Mal-être - Stress - Burn-out - TMS - Electrisation

Moyens de prévention

Organisationnels
- Horaires de télétravail à préciser dans l'arrêté individuel d'autorisation de télétravail
- Objectifs de travail clairs et réalistes définis par le responsable hiérarchique lors des entretiens avec l'agent
- Clarifier la charge du travail du télétravailleur et la répartition des tâches
- Organisation des réunions de service en dehors des jours télétravaillés
- Communication aux télétravailleurs des informations liées au fonctionnement du service
- Répartir de manière équilibrée la charge de travail entre les agents sur site et ceux en télétravail. Discuter de cette répartition au sein des collectifs de travail à l'initiative du responsable hiérarchique

Techniques (collectifs ou individuels)
- Matériel adapté (dont accès aux réseaux)
- Report de la ligne téléphonique

Humains
- Formation des responsables hiérarchiques et des agents au télétravail
- Communication à l'équipe sur les modalités du télétravail dont l'accessibilité

Pour aller plus loin	Références réglementaires
Guide télétravail – DGAFP : http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_outils_de_la_GRH/guide-teletravail-2016.pdf - Télétravail à domicile – CARSAT Nord-Picardie : http://www.carsat-nordpicardie.fr/fr/images/stories/GRP/mpteletravail.pdf	- Loi n°2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels de la fonction publique - Article L. 1222-9 du code du travail - Décret n°2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature - Arrêté du 26 juin 2017 portant application aux ministères sociaux les dispositions du décret n°2016-151 du 11 février 2016

ANNEXE 3

GRILLE D'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 1 - DECRIRE L'ACTIVITE DE TRAVAIL d'une fonction/métier ou unité de travail **1/2**

Unité de travail/métier/fonction :				**Service :**	
Les activités de travail		**Identifier et nommer les tâches**	**Préciser un maximum d'éléments de contexte de l'activité/Tâches :** *Les lieux, acteurs, outils, fréquences, durées, etc.*	**Identifier la variabilité et les aléas de l'activité :** *La périodicité, les imprévus, urgences, facteurs internes et externes à l'entreprise qui impactent l'activité*	**Préciser les objectifs poursuivis (quantitatifs et qualitatifs) et les indicateurs et outils de mesure et/ ou contrôle**
Spécifiques					

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 1 - DECRIRE L'ACTIVITE DE TRAVAIL d'une fonction/métier ou unité de travail 2/2

Les activités de travail		**Identifier et nommer les tâches**	**Préciser un maximum d'éléments de contexte de l'activité / Tâches :** *Les lieux, acteurs, outils, fréquences, durées, etc.*	**Identifier la variabilité et les aléas de l'activité :** *La périodicité, les imprévus, urgences, facteurs internes et externes à l'entreprise qui impactent l'activité*	**Préciser les objectifs poursuivis (quantitatifs et qualitatifs) et les indicateurs et outils de mesure et/ ou contrôle**
Les activités de travail TRANSVERSALES					

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 2 - REPERER ET ANALYSER LES PRINCIPALES SITUATIONS PROBLEMES 1/4

	CARACTERISER LA SITUATION PROBLEME **Décrire : les faits, lieux, acteurs, outils, clients, etc.**
Une situation concrète de travail qui est source de difficulté (sentiment de débordement, d'impasse, de stress, etc.) et génère des effets sur les individus (mal être, fatigue, mécontentement etc.), et/ou sur les collectifs (tensions, conflits) et/ou sur la performance (non atteinte des objectifs qualitatifs, quantitatifs, etc.)	

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 2 – REPERER ET ANALYSER LES PRINCIPALES SITUATIONS PROBLEMES 2/4

QUELS SONT LES EFFETS ?		
Sur les individus : ***effets sur la santé, motivation, engagement au travail***	**Sur les collectifs** ***: effets sur les formes de solidarités, soutien social, tensions, conflits au travail***	**Sur le travail :** ***effets sur la performance, qualité de service, image, coût pour l'entreprise***

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 2 – REPERER ET ANALYSER LES PRINCIPALES SITUATIONS PROBLEMES 3/4

QUELLES SONT LES CAUSES ?	
Relatives à l'environnement et contexte de l'entreprise	
Relatives à l'organisation du travail et aux moyens du travail	
Relatives aux relations professionnelles	
Relatives aux attentes / exigences des salariés	

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 2 - REPERER ET ANALYSER LES PRINCIPALES SITUATIONS PROBLEMES 4/4

QUELLES LES RESSOURCES ? ***(FACTEURS DE PROTECTIONS DANS LE TRAVAIL)***		
Relatives à l'organisation et aux moyens du travail ***(ce qui facilite le travail et permet de faire face)***	**Relatives aux collectifs et au management** ***(entraides, soutien, régulations de l'activité /ajustement des moyens et objectifs selon les aléas, etc.)***	**Relatives aux individus (compétences, expériences, etc.)**
		Capacité à travailler en autonomie

ANALYSE DE L'ACTIVITE
ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 3 - MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

Activités « télétravaillables »	Avantages [entreprise, clients, salariés (individuellement et collectivement)]	Freins/risques [entreprise, clients, salariés (individuellement et collectivement)]	Points de vigilances

ANALYSE DE L'ACTIVITE ET MISE EN PERSPECTIVE AVEC LE TELETRAVAIL

ETAPE 4 - SIMULATIONS DU TELETRAVAIL/SCENARII POSSIBLES

Scenario télétravail : MODE NORMAL	Scenario télétravail : MODE Dégradé

ANNEXE 4

JOURNAL DE BORD DU TÉLÉTRAVAILLEUR-SE

JOURNAL DE BORD SUR LES FAITS MARQUANTS DU TELETRAVAIL (A REMPLIR PAR LES TELETRAVAILLEURS)

Ce journal est destiné aux télétravailleurs-ses. Un premier tableau des faits marquants est proposé visant à énumérer les faits chronologiquement, puis un tableau récapitulatif des faits récurrents est proposé afin de faire un retour lors des comités de pilotage de suivi de l'expérimentation

Objectif du journal des faits marquants relatifs au télétravail :

- Enregistrer les faits et perceptions sur les effets positifs et négatifs du télétravail
- Synthétiser et partager les principaux problèmes ou points d'amélioration à apporter au cadre du télétravail pour en rechercher collectivement des solutions

Tableau 1 : à renseigner au fil de l'eau

Rédacteur (Nom, prénom, fonction)	Date	Récit – Points marquants

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES
SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES DROITS DES FEMMES

Anact Aract
LE RÉSEAU

Cet outil a été produit dans un projet cofinancé par l'Union européenne

l'Europe s'engage en France
Fonds Social Européen

Tableau 2 : Synthèse des faits marquants (manager)

Télétravail : Décrivez la situation de télétravail (qui ? quelle activité ? à quel moment ?)	Résultats (effets sur la performance, qualité, QVT)	Synthèses des principaux problèmes rencontrés et ou faits marquants	Solutions trouvées / remarques

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES
SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES DROITS DES FEMMES

Anact Aract
LE RÉSEAU

Cet outil a été produit dans un projet cofinancé par l'Union européenne

l'Europe s'engage en France
Fonds Social Européen

ANNEXE 5

JOURNAL DE BORD À DESTINATION DU MANAGER

JOURNAL DE BORD SUR LES FAITS MARQUANTS DU TELETRAVAIL (A REMPLIR PAR LES MANAGERS DE TELETRAVAILLEURS)

Ce journal est destiné aux managers de télétravailleur-se. Un premier tableau des faits marquants est proposé visant à énumérer les faits chronologiquement, puis un tableau récapitulatif des faits récurrents est proposé afin de faire un retour lors des comités de pilotage de suivi de l'expérimentation

Objectif du journal des faits marquants relatifs au télétravail :

- Enregistrer les faits et perceptions sur les effets positifs et négatifs du télétravail
- Synthétiser et partager les principaux problèmes ou points d'amélioration à apporter au cadre du télétravail pour en rechercher collectivement des solutions

Tableau 1 : à renseigner au fil de l'eau

Rédacteur (Nom, prénom, fonction)	Date	Récit – Points marquants

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES
SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES DROITS DES FEMMES

l'Europe s'engage en France
Fonds Social Européen

Union européenne

Cet outil a été produit dans un projet cofinancé par l'Union européenne

Anact Aract
LE RÉSEAU

Tableau 2 : Synthèse des faits marquants (manager)

Télétravail : Décrivez la situation de télétravail (qui ? quelle activité ? A quel moment ?)	Résultats (effets sur la performance, qualité, QVT)	Synthèses des principaux problèmes rencontrés et ou faits marquants	Solutions trouvées / remarques

Cet outil a été produit dans un projet cofinancé par l'Union européenne

Union européenne

ANNEXE 6

MODÈLE D'ARRÊTÉ INDIVIDUEL

Arrêté individuel

Le directeur .....,

Vu le code du travail, nomment son article R. 4121-1 ;

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

Vu le décret n° 2000-815 du 25 août 2000 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail dans la fonction publique de l'État et dans la magistrature ;

Vu le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 relatif aux conditions et modalités de mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique et la magistrature, et notamment son article 7 ;

Vu l'arrêté du ..... relatif aux modalités de mise en œuvre du télétravail dans les ministères sociaux ;

Vu la demande d'autorisation d'exercice en télétravail présentée par M./Mme ....., corps/grade, en date du ,

Arrête :

Article 1er

M./Mme , corps/grade, affecté à est autorisé à exercer en télétravail à compter du dans les conditions définies à l'annexe au présent arrêté.

Article 2

Si une période d'adaptation est prévue

À l'issue d'une période d'adaptation de trois mois, la possibilité de maintien de M./Mme en télétravail sera appréciée.

Si la période d'adaptation est jugée satisfaisante, l'autorisation d'exercice en télétravail sera maintenue jusqu'au .

À l'issue de cette période, le renouvellement de cette autorisation de télétravail sera subordonné à la formulation d'une nouvelle demande par l'intéressé et à l'accord exprès de son responsable hiérarchique.

Si la période d'adaptation n'est pas jugée satisfaisante, il sera mis fin à l'autorisation d'exercice en télétravail et l'intéressé(e) devra exercer pendant la totalité de son temps de travail dans les locaux professionnels de son site d'affectation.

Si aucune période d'adaptation n'est prévue

M./Mme ..... est autorisé(e) à exercer en télétravail pour une durée d'un an maximum, soit jusqu'au .

À l'issue de cette période, le renouvellement de cette autorisation de télétravail sera subordonné à la formulation, par écrit, d'une nouvelle demande de M./Mme ..... et à l'accord exprès de son responsable hiérarchique.

Article 3

Le directeur ..... est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait le , à

ANNEXE À L'ARRÊTÉ DU RELATIF À L'AUTORISATION D'EXERCICE ET TÉLÉTRAVAIL

de M./Mme .....

Article 1er

Autorisation d'exercice en télétravail

L'autorisation d'exercice en télétravail concernant M./Mme est conforme à l'intérêt du service.

Cette autorisation prend effet au .

L'intéressé conserve le même régime de rémunération à compter de cette date.

Article 2

Durée de l'autorisation

Cette autorisation est d'un an, avec une période d'adaptation de trois mois à compter de la date d'effet mentionnée à l'article 1er (*préciser selon le cas s'il y a ou non une période d'adaptation*).

Il est renouvelable, à la demande de l'intéressé-e pour des périodes de douze mois par reconduction expresse à l'issue d'une évaluation annuelle qui peut être réalisée dans le cadre de l'entretien professionnel.

Le chef de service et M./Mme ..... peuvent chacun demander à mettre fin à cette autorisation de télétravail avant la fin de la période en cours.

La cessation de cette forme d'organisation du travail devient effective au terme d'un préavis de deux mois signifié par lettre recommandée avec accusé réception. Pendant la période d'adaptation, ce délai est ramené à un mois. Lorsque la demande émane de l'administration, la durée du préavis peut être réduite en cas de nécessité du service dûment motivée.

L'agent effectue alors l'intégralité de son service sur son site d'affectation.

Article 3

Les activités exécutées en télétravail

Mme/M. ....., corps/grade, affecté(e) à la ..... où il (elle) exerce les fonctions de ..... décrites dans la fiche de poste annexée au présent arrêté.

À l'issue de la première période de télétravail, le contenu de la fiche de poste pourra être modifié d'un commun accord. La présente annexe définit les tâches exécutées à domicile, les objectifs de travail et les modalités de contrôle définis ci-après.

Article 4

Organisation du télétravail

Le mode choisi d'un commun accord est le travail à raison de ..... jours par semaine*.

Les jours ou demi-journées de télétravail sont les suivants :

Les horaires pratiqués par l'agent en télétravail à son domicile sont de 7 heures 42 minutes par jour sur le cycle de 38 h 30. Le télétravailleur-se peut être joint aux horaires suivants :

de .h.. à ..h. . et de . .h à h .

Une pause méridienne de 45 minutes minimum doit être respectée.

L'activité durant les jours de télétravail fait l'objet d'une programmation. Toutefois, ce mode d'organisation peut être modifié si nécessaire d'un commun accord entre M./Mme et son chef de service, ou si des nécessités de service le justifient (rendez-vous extérieurs, réunions internes…).

* Conformément à l'article 3 du décret nº 2016-151 du 11 février 2016, le nombre de jours en télétravail d'un agent exerçant à temps complet ne peut être supérieur à trois jours par semaine, et le temps de présence sur le lieu d'affectation ne peut être inférieur à deux jours par semaine. Ces seuils peuvent s'apprécier sur une base mensuelle et sont proratisés en cas de service à temps partiel. Conformément à l'article 4 de ce même décret, à la demande de l'agent dont l'état de santé le justifie et après avis du médecin de prévention ou du médecin du travail, il peut être dérogé pour six mois à ces seuils. Cette dérogation est renouvelable une fois après avis du médecin de prévention ou du médecin du travail.

Outre les jours de présence au siège administratif les ....., la présence de l'agent en télétravail peut être requise afin de participer aux réunions de service. Ces réunions n'ayant pas de périodicité fixe, leur tenue fera l'objet d'une information et d'un accord préalable entre l'agent en télétravail et le supérieur hiérarchique.

M./Mme ..... s'engage, pendant son service et télétravail, à ne pas recevoir de public et ne fixe pas de rendez-vous professionnels sur son lieu de télétravail, excepté avec le personnel d'accompagnement et de maintenance de son poste de télétravail (matériel, logiciel, télécommunication) qu'il s'engage à recevoir pendant ses horaires de travail si cela s'avérait nécessaire.

Par ailleurs, il/elle s'engage également à accepter la visite des membres du CHSCT si ceux-ci lui en font la demande par courrier, en respectant un délai de prévenance d'au moins 10 jours.

M./Mme .....devra donner son accord à cette visite par courrier.

Article 5

Lieu de télétravail

Le lieu du télétravail de l'agent est fixé (selon le cas)

– au domicile de l'agent :

Adresse :

– dans les locaux professionnels suivants, proches de son domicile, et ne relevant pas de son employeur :

Adresse :

Mention à ajouter si l'agent a opté pour le travail à son domicile :

M./Mme doit :

– fournir un certificat de conformité ou, à défaut, une attestation sur l'honneur justifiant la conformité des installations et des locaux, notamment des règles de sécurité électrique ;
– fournir une attestation de l'assurance auprès de laquelle il a souscrit son contrat d'assurance multirisques habitation précisant qu'elle couvre l'exercice du télétravail au lieu défini dans l'arrêté individuel ;
– attester qu'il dispose d'un espace de travail adapté et qu'il travaille dans de bonnes conditions d'ergonomie ;
– justifier qu'il dispose d'une connexion Internet adaptée.

Article 6

Poste de télétravail

Le support informatique de proximité fournit et assure la maintenance des équipements nécessaires au télétravail.

a) Nature de l'équipement fourni : (*à préciser*)

b) Utilisation et maintenance de l'équipement de travail

L'administration (direction d'appartenance) met à disposition le poste ainsi défini et en conserve la propriété intégrale. L'agent en télétravail doit en assurer la bonne conservation (lieu d'implantation sûr et déclaration éventuelle à son assureur, respect des règles d'entretien et d'utilisation prescrites).

L'agent en télétravail à son domicile s'engage à restituer l'ensemble des éléments du poste de travail à échéance de la présente autorisation de télétravail.

La maintenance du poste de travail est assurée pendant les horaires de travail et aux frais de la COBI (cellule d'organisation bureautique et informatique). Si le dysfonctionnement du poste de travail nécessite son remplacement, celui-ci est acquis de plein droit dès lors que l'agent en télétravail a pu attester sa bonne garde.

L'agent en télétravail bénéficie d'une assistance technique à distance (hot line) dispensée par le support informatique de proximité de la direction d'affectation pendant toute la période du télétravail et pendant les plages horaires de travail définies à l'article 4.

En cas de dysfonctionnement de la liaison ADSL propre à l'agent, celui-ci s'engage à faire intervenir son opérateur sans délai et à prévenir son-sa responsable hiérarchique.

En cas d'utilisation des biens de l'administration à des fins non professionnelles ou de faute intentionnelle, l'agent en télétravail s'expose à des poursuites disciplinaires.

Article 7

Traitement des données

Le traitement des données et le maintien de leur intégrité sont réalisés dans un cadre sécurisé : utilisation d'un mot de passe, sauvegarde quotidienne (ou au moins hebdomadaire).

L'agent en télétravail s'engage à ne pas sous-traiter les travaux qui lui sont confiés par son-sa responsable hiérarchique et à respecter la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il ne peut se faire assister dans son travail que par les personnes de son service administratif de rattachement ou les personnes habilitées à l'accompagnement et à la maintenance de son poste de travail.

L'agent en télétravail s'engage à respecter la confidentialité des informations obtenues ou recueillies dans le cadre de son travail, à prendre les dispositions nécessaires pour en préserver l'accessibilité et à ne pas les utiliser à des fins personnelles.

Article 8

Bureau de l'agent en télétravail dans le service administratif de rattachement

Pendant les jours où l'agent en télétravail exerce son activité dans les locaux du service administratif de rattachement, il dispose d'un bureau, d'un espace de rangement de documents, d'une ligne téléphonique et d'un micro-ordinateur.

Article 9

Accident de travail, de service ou de trajet

Conformément à l'article 133 de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents-es contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, « les fonctionnaires télétravailleurs-se bénéficient des droits prévus par la législation et la réglementation applicables aux agents-es exerçant leurs fonctions dans les locaux de leur employeur public ».

Article 10

Suivi de l'autorisation de télétravail

Le chef de service et M./Mme feront une évaluation de cette période d'exercice en télétravail, qui peut être réalisée lors de l'entretien professionnel.

Les services « ressources humaines » de proximité assurent la gestion administrative de la présente autorisation d'exercice en télétravail et apportent un appui technique et opérationnel aux cadres et aux agents-es en télétravail.

Article 11

Fiche de poste

La fiche de poste de M./Mme est jointe à la présente annexe.

ANNEXE 7

FICHE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE TÉLÉTRAVAIL VALIDÉE PAR L'ADMINISTRATION

FICHE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE TELETRAVAIL VALIDEE PAR L'ADMINISTRATION (1/4)

M/Mme…….

☐ 1re demande

☐ Renouvellement de demande

Motif(s) de la demande :

☐ Temps de trajet (distance entre le lieu de travail et le domicile) :

☐ Motifs professionnels : besoin d'un isolement pour l'exécution de certaines tâches professionnelles nécessitant une grande concentration,…

☐ Contraintes familiales (agents-es aidants-es une personne en situation de dépendance ou en perte d'autonomie [parent, conjoint ou concubin], accompagnement de jeunes enfant(s) à charge, d'enfant(s) sans limite d'âge en situation de handicap) :

☐ Raisons personnelles (engagement associatif ou civique, etc.) :

☐ Réduction des coûts de transport :

☐ Autres raisons :

☐ Commentaires éventuels de l'agent :

FICHE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE TELETRAVAIL VALIDEE PAR L'ADMINISTRATION (2/4)

ETAPE 1 : LE RESPONSABLE HIERARCHIQUE

Date de l'entretien :

☐ **Avis favorable** ☐ **Avis défavorable (à motiver)**

Date de début :

Description des tâches télétravaillables :

Jours télétravaillés :

Horaires de télétravail :

Lieu(x) d'exercice du télétravail :

Jours travaillés sur site sont :

FICHE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE TELETRAVAIL VALIDEE PAR L'ADMINISTRATION (3/4)

M/Mme……..

Plages horaires où l'agent peut être joint :

Dotation en équipement du télétravailleur :

- un ordinateur : portable ☐ ultraportable ☐

  ☐ une souris

  ☐ deux câbles d'alimentation électrique

  ☐ un câble de sécurité

  ☐ une sacoche de transport

- pour son bureau : station d'accueil ☐ grand écran ☐

- un téléphone mobile (voix uniquement) ☐

Autres équipements :

- sur le lieu de télétravail :

  ☐ un deuxième écran

  ☐ une deuxième station d'accueil

- autres :

Date et signature du responsable hiérarchique

FICHE D'INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DU TELETRAVAIL VALIDEES PAR L'ADMINISTRATION (4/4)

ETAPE 2 : VALIDATION PAR L'ADMINISTRATION

DECISION DU CHEF DE SERVICE sous réserve de la faisabilité technique :

☐ **Saisine de la DSI pour les tests techniques (négatifs, positifs)**

☐ **OUI**

☐ **NON**

Date et signature du chef de service

BHRAG du service dont relève l'agent :

☐ Etablissement de l'annexe à l'acte individuel de l'agent

☐ Transmission au bureau de gestion concerné de l'annexe de l'acte individuel et de la fiche d'instruction

DRH DE L'ADMINISTRATION CENTRALE (bureau gestionnaire de corps)

☐ Etablissement de l'acte individuel par la DRH (bureau gestionnaire)

☐ Transmission de 2 exemplaires signés par la DRH au BHRAG de l'agent pour signature (l'un est remis à l'agent, l'autre est transmis à la DRH)

☐ Conservation d'un exemplaire original dans le dossier de l'agent à la DRH

☐ Transmission d'une copie à SD3C

ANNEXE 8

FICHE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE

FICHE D'EVALUATION INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE
(à remplir par le télétravailleur et le manager)

1/ Evaluation de l'impact du télétravail sur le service (à remplir par le manager)
Le télétravail a-t-il répondu à l'organisation du service ?

- Impact sur les objectifs du service

☐ **OUI**

☐ **NON**

☐ **SANS OBJET**

Le télétravail a-t-il contribué à une nouvelle organisation ?

- Impact sur une nouvelle organisation du service

☐ **OUI**

☐ **NON**

☐ **SANS OBJET**

- Impact sur le management quotidien du service

☐ **OUI**

☐ **NON**

☐ **SANS OBJET**

- Impact sur la mise en place de nouvelles méthodes de travail

☐ **OUI**

☐ **NON**

☐ **SANS OBJET**

- Impact sur la mise en place de nouveaux outils de travail

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

2/ Evaluation de l'impact du télétravail sur les agents du service (à remplir par le manager)
Le télétravail a-t-il une influence sur le collectif de travail ?

- L'esprit d'équipe des agents

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- A-t-il répondu à une attente des agents

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- La motivation des agents au travail

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- La charge de travail des agents au travail

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- La capacité des agents à travailler en groupe

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- La capacité à respecter les échéances

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- L'absentéisme des agents dans le service

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Les aspects positifs : à préciser

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Les aspects négatifs : à préciser

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

2 bis / Evaluation du télétravailleur (à remplir par le manager)

- La capacité individuelle de l'agent à s'organiser

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- La capacité du télétravailleur à suivre les instructions de sa hiérarchie

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Le respect des délais

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Autres aspects : à préciser

3/ Evaluation de l'impact du télétravail (à remplir par l'agent)
Le télétravail a-t-il une influence sur les points suivants ?

- Votre sentiment d'appartenir à votre structure

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Votre motivation au travail

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Votre charge de travail

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Votre capacité à travailler sur un dossier partagé ou commun

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Votre capacité à travailler en mode projet

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Le respect des échéances

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Votre capacité individuelle à vous organiser

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Les rapports avec vos collègues

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Les rapports avec votre hiérarchie

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Le télétravail a-t-il une influence sur votre qualité de vie ?

  ☐ **OUI**

  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Avez-vous reçu l'appui technique ?

  ☐ **OUI**

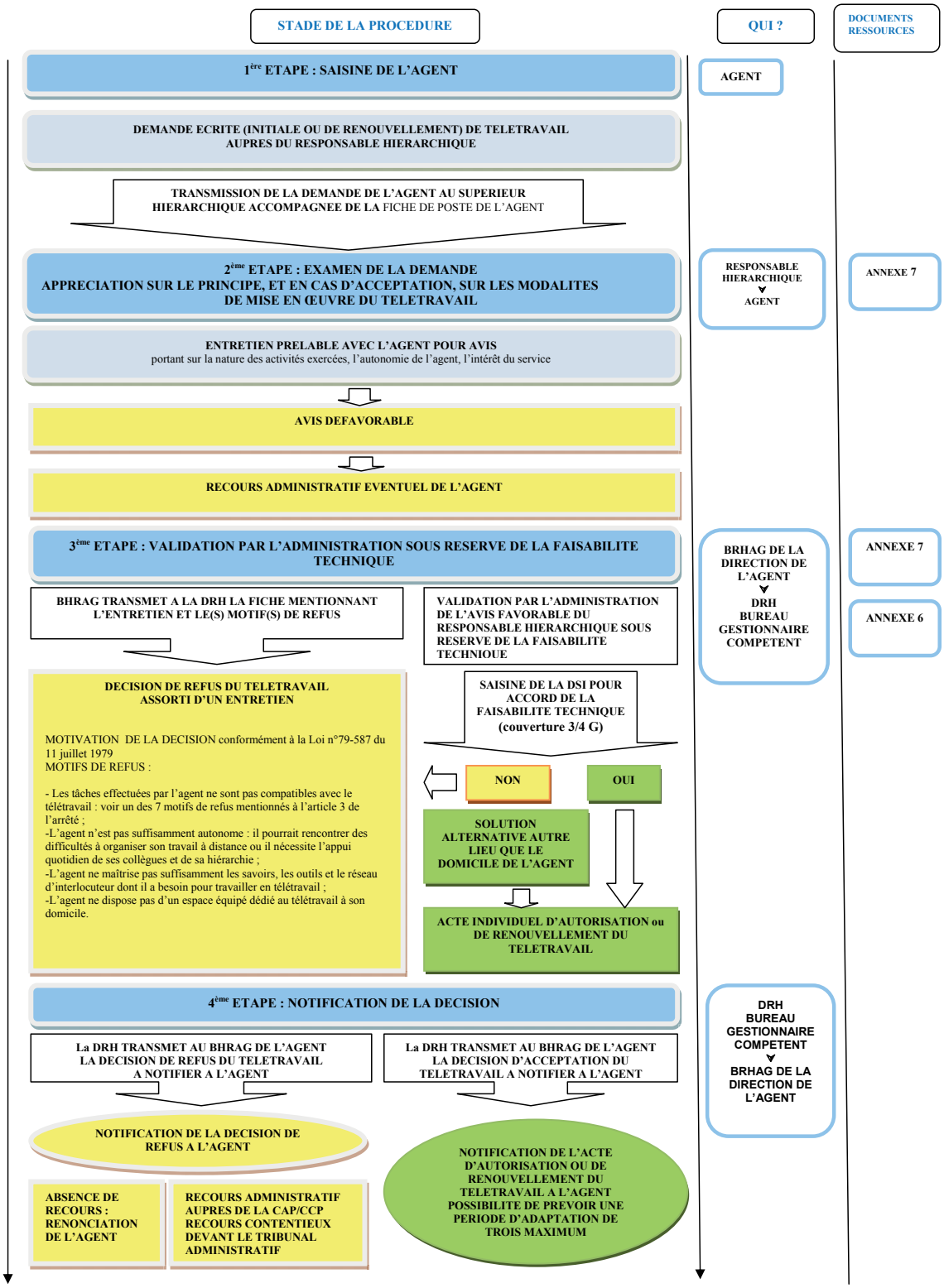
  ☐ **NON**

  ☐ **SANS OBJET**

- Quelles sont les améliorations à proposer ?

ANNEXE 9

SCHÉMA DE LA PROCÉDURE DE TÉLÉTRAVAIL (DISPOSITIF DE DROIT COMMUN)



ADMINISTRATION

ADMINISTRATION CENTRALE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DES SPORTS

Convention de délégation de gestion du 16 juin 2017 entre la direction des finances, des achats et des services et le bureau de la communication de la jeunesse et des sports relative à certaines dépenses de fonctionnement courant du programme 124 « Conduite et soutien des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative »

NOR : *SSAG1730371X*

La présente convention est établie entre :

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

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

D'une part,

Et

Le délégataire : le bureau de la communication de la jeunesse et des sports du secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales,

Représentée par Mme la cheffe du bureau de la communication de la jeunesse et des sports.

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1er

Objet de la convention

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

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

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

Article 2

Désignation des agents autorisés à engager des dépenses

Le délégataire communique au délégant la liste des agents de sa structure habilités à engager des dépenses dans le cadre de la présente convention.

Il communique également cette décision au contrôleur budgétaire et comptable ministériel.

Article 3

Conformité des dépenses au code des marchés publics

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

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

Article 4

Prise en charge des dépenses

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

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

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

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

Article 5

Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée d'une année, à compter de sa date de signature, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6

Modification et dénonciation de la convention

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

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

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

La présente convention sera publiée au *Bulletin officiel* de chaque département ministériel concerné, conformément à l'article 2 du décret no 2004-1085 du 14 octobre 2004.

Fait le 16 juin 2017.

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

La cheffe du bureau de la communication
de la jeunesse et des sports,
V. Meunier

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 26 juin 2017 portant modification de l'arrêté du 28 mars 2017 portant nomination au bureau central de tarification

NOR : *SSAS1730399A*

Le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code des assurances, notamment ses articles L. 251-1, L. 252-1 et R. 250-1 à R. 250-4-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1142-2 ;

Vu les propositions de l'Union nationale des professionnels de santé en date du 28 avril 2017,

Arrêtent :

Article 1er

Sont nommés en tant que membres du bureau central de tarification institué par l'article L. 252-1 du code des assurances, au titre des professionnels de santé exerçant à titre libéral :

a) M. Stéphane LANDAIS, représentant l'Union nationale des professionnels de santé, membre titulaire.

b) M. Rémi MARCHAND, représentant l'Union nationale des professionnels de santé, membre suppléant.

Article 2

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

Fait le 26 juin 2017.

Pour les ministres et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot Leloup

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ANSP
Agence nationale de santé publique

Décision DG nº 383-2017 du 10 juillet 2017 portant délégation de signature au sein de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique

NOR : *SSAX1730462S*

Le directeur général de l'Agence nationale de santé publique,

Vu le code de la santé publique, notamment son chapitre III du titre Ier du livre IV de la première partie ;

Vu la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 166 ;

Vu le décret du 10 juin 2016 portant nomination du directeur général de Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique, M. François BOURDILLON ;

Vu l'ordonnance nº 2016-462 du 14 avril 2016 portant création de l'Agence nationale de santé publique, et en particulier son article 4 ;

Vu le décret nº 2016-523 du 27 avril 2016 relatif à la création de l'Agence nationale de santé publique,

Décide :

Article 1er

Délégation permanente est donnée à M. Martial METTENDORFF, directeur général adjoint, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, tous les actes et décisions qui ne sont pas réservés au conseil d'administration en vertu des dispositions des articles R. 1413-12 et R. 1413-13 du code de la santé publique.

Article 2

Délégation est donnée à Mme Viviane FOUCOUT, directrice des achats et des finances, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'aAgence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

- l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 250 000 € ;
- les marchés publics d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;
- les certifications de service fait sans limitation de montant ;
- tous les actes relatifs à l'exécution courante des marchés publics ;
- les ordres de mission en France métropolitaine ;
- les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé ou d'une décision motivée d'un directeur général d'ARS (agence régionale de santé) ou d'ARSZ (agence régionale de santé de zone) consécutive à une demande agréée par le directeur général en application des dispositions de l'article R. 3134-2 du code de la santé publique ;
- les ordres de mission dans les outre-mer ou à l'étranger pour lesquels les frais sont pris en charge par une organisation internationale publique (ECDC, Union européenne, OMS, etc.) ;
- les ordres de mission dans les outre-mer ou à l'étranger, sous réserve d'un accord signé préalablement par le directeur général M. François BOURDILLON ou le directeur général adjoint M. Martial METTENDORFF ou, en cas d'absence ou d'empêchement simultanés, le directeur scientifique M. Jean-Claude DESCENCLOS ;
- les avis de réunion en France métropolitaine, dans les outre-mer ou à l'étranger et les convocations valant ordre de mission ;

– tous les actes, décisions et courriers relatifs à la gestion courante des subventions, des partenariats et des conventions, ainsi que les certifications de service fait, sans limitation de montant, à l'exception des notifications de subventions, de conventions et de leurs avenants, des décisions attributives, des mises en demeure et des réfactions ;
– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des achats et des finances, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 3

Délégation est donnée à M. Chérif TADJER, responsable de l'unité contrôle de la dépense au sein de la direction des achats et des finances, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;
– en cas d'absence ou d'empêchement de la directrice des achats et des finances, Mme Viviane FOUCOUT, l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 250 000 € ;
– les certifications de service fait sans limitation de montant.

Article 4

En cas d'absence ou d'empêchement simultané de Mme Viviane FOUCOUT, directrice des achats et des finances, et de M. Chérif TADJER, responsable de l'unité contrôle de la dépense, délégation est donnée à Mme Stéphanie BROUSSOLLE, responsable de l'unité achats et marchés, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 250 000 € ;
– les certifications de service fait sans limitation de montant.

Article 5

Délégation est donnée à M. Frédéric GRELET, responsable de l'unité missions et déplacements au sein de la direction des achats et des finances, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les ordres de mission en France métropolitaine ;
– les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé ou d'une décision motivée d'un directeur général d'ARS (agence régionale de santé) ou d'ARSZ (agence régionale de santé de zone) consécutive à une demande agréée par le directeur général en application des dispositions de l'article R. 3134-2 du code de la santé publique ;
– les ordres de mission dans les outre-mer ou à l'étranger pour lesquels les frais sont pris en charge par une organisation internationale publique (ECDC, Union européenne, OMS, etc.) ;
– les ordres de mission dans les outre-mer ou à l'étranger, sous réserve d'un accord signé préalablement par le directeur général M. François BOURDILLON ou le directeur général adjoint M. Martial METTENDORFF ou, en cas d'absence ou d'empêchement simultanés, le directeur scientifique M. Jean-Claude DESCENCLOS ;
– les avis de réunion en France métropolitaine, dans les outre-mer ou à l'étranger et les convocations valant ordre de mission ;
– les bons de commande et les dépenses accessoires entrant dans le champ des missions et déplacements relatifs aux missions en France métropolitaine, dans les outre-mer ou à l'étranger d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;
– les certifications de service fait sans limitation de montant.

Article 6

Délégation est donnée à M. Grégoire DELEFORTERIE, responsable de l'unité conventions et partenariats au sein de la direction des achats et des finances, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions : tous les actes, décisions et courriers relatifs à la gestion courante des subventions, des partenariats et des conventions ainsi que les certifications de service fait sans limitation de montant, à l'exception des notifications de subventions, de conventions et de leurs avenants, des décisions attributives, des mises en demeure et des réfactions.

Article 7

Délégation est donnée à M. Lionel LACAZE, responsable des services généraux et immobilier, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions : l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € et les engagements contractuels afférents.

Article 8

Délégation est donnée à M. Paul-Henri LAMPE, directeur des systèmes d'information, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € et les engagements contractuels afférents ;

– les demandes d'autorisation d'élimination et les autorisations de destruction des matériels informatiques réformés ;

– toute correspondance, à l'exclusion des correspondances et actes engageant juridiquement ou financièrement l'Agence au-delà de la limite de ses attributions.

Article 9

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Paul-Henri LAMPE, directeur des systèmes d'information, délégation est donnée à M. Hamid AISSAT, adjoint au directeur des systèmes d'information, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € ;

– les demandes d'autorisation d'élimination et les autorisations de destruction des matériels informatiques réformés ;

– toute correspondance, à l'exclusion des correspondances et actes engageant juridiquement ou financièrement l'agence au-delà de la limite de ses attributions.

Article 10

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés de M. Paul-Henri LAMPE, directeur des systèmes d'information, et de M. Hamid AISSAT, adjoint au directeur des systèmes d'information, délégation est donnée à M. Julien NADEL, responsable de l'unité technique et exploitation, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite des attributions du directeur des systèmes d'information M. Paul-Henri LAMPE, les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 €.

Article 11

Délégation est donnée à Mme Céline DEROCHE, directrice de la documentation, veille et archives, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € et les engagements contractuels afférents ;

– les demandes d'autorisation d'élimination d'archives publiques à transmettre pour validation à la mission des Archives nationales ;

– les bordereaux de versement d'archives aux Archives nationales (archives sous format papier ou informatique) ;

– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction de la documentation, veille et archives, à l'exclusion des correspondances et actes engageant juridiquement ou financièrement l'agence au-delà de la limite de ses attributions.

Article 12

Délégation est donnée à Mme Véronique BONY, directrice de l'aide et diffusion aux publics, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 25 000 € et les engagements contractuels afférents ;

– toute correspondance, à l'exclusion des correspondances et décisions engageant juridiquement ou financièrement l'agence au-delà de la limite de ses attributions.

Article 13

En cas d'absence ou d'empêchement de Mme Véronique BONY, directrice de l'aide et diffusion aux publics, délégation est donnée à Mme Karine GROUARD, adjointe à la directrice de l'aide et diffusion aux publics, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur 25 000 € ;

– toute correspondance, à l'exclusion des correspondances et décisions engageant juridiquement ou financièrement l'agence.

Article 14

Délégation est donnée à M. Éric AMAUDRY, directeur des ressources humaines, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– tous actes et décisions relatifs à la gestion du personnel, y compris les conventions de formation, les éléments variables de la paie ainsi que les autorisations de cumul d'activité sous réserve de l'avis favorable préalable de la direction générale ; et à l'exclusion des contrats et conventions de plus de six mois, des congés sans rémunération, congés de mobilité et congés de formation professionnelle ; des conventions de mise à disposition de toute durée, des sanctions et des licenciements ;

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € ;

– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des ressources humaines, y compris les courriers relatifs aux opérations de recrutement, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 15

Délégation est donnée à Mme Marie-Julie MONTARRY, adjointe du directeur des ressources humaines, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

– tous actes et décisions relatifs à la gestion du personnel, y compris les conventions de formation, les éléments variables de la paie ainsi que les autorisations de cumul d'activité sous réserve de l'avis favorable préalable de la direction générale ; et à l'exclusion des contrats et conventions de plus de six mois, des congés sans rémunération, congés de mobilité et congés de formation professionnelle ; des conventions de mise à disposition de toute durée, des sanctions et des licenciements ;

– les bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € ;

– toute correspondance relevant des compétences propres de la direction des ressources humaines, y compris les courriers relatifs aux opérations de recrutement, à l'exception des courriers aux ministères, aux agences nationales, aux agences régionales de santé et aux directions d'établissements de santé.

Article 16

Délégation est donnée à Mme Nicole PELLETIER, directrice de l'alerte et des crises, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

- les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé ou d'une décision motivée d'un directeur général d'ARS (agence régionale de santé) ou d'ARSZ (agence régionale de santé de zone) consécutive à une demande agréée par le directeur général en application des dispositions de l'article R. 3134-2 du code de la santé publique ;
- les bons de commande relatifs à l'achat de biens ou de services d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 € et les engagements contractuels afférents ;
- les contrats d'engagement des réservistes sanitaires ;
- les attestations de service fait du temps d'engagement des réservistes sanitaires, y compris ceux rémunérés ;
- toute correspondance et de valider des données produites par les partenaires et transmises à l'agence nationale de santé publique et à ses directions, à l'exclusion des correspondances et décisions engageant juridiquement ou financièrement l'agence au-delà de la limite de ses attributions.

Article 17

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés de M. François BOURDILLON et M. Martial METTENDORFF, délégation est donnée à Mme Nicole PELLETIER, directrice de l'alerte et des crises, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, les bons de commande de produits ou services, à la demande du ministre chargé de la santé, en cas d'urgence impérieuse.

Article 18

Délégation est donnée à M. Jean-Claude DESENCLOS, directeur scientifique, adjoint au directeur général, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions :

- la validation des rapports, articles et études scientifiques ;
- la validation des dossiers CNIL ;
- les actes et décisions à caractère scientifique.

Article 19

Délégation est donnée à Mme Clara de BORT, responsable de l'unité réserve sanitaire, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, les ordres de mission concernant les réservistes sanitaires en France ou à l'étranger, résultant d'un arrêté de mobilisation pris par la ministre en charge de la santé ou d'une décision motivée d'un directeur général d'ARS (agence régionale de santé) ou d'ARSZ (agence régionale de santé de zone) consécutive à une demande agréée par le directeur général en application des dispositions de l'article R. 3134-2 du code de la santé publique.

Article 20

Délégation est donnée à M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, l'ensemble des bons de commande d'achat de produits ou services d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 €.

Article 21

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés de M. François BOURDILLON, de M. Martial METTENDORFF et de Mme Nicole PELLETIER, délégation est donnée à M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, les bons de commande d'achat de produits ou services, à la demande du ministre chargé de la santé, en cas d'urgence impérieuse.

Article 22

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Laurent THEVENIAUD, responsable de l'unité établissement pharmaceutique, délégation est donnée à M. Lionel de MOISSY, pharmacien responsable intérimaire, à l'effet de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de ses attributions et fonctions, l'ensemble des bons de commande d'achat de produits ou services d'un montant hors taxe inférieur à 5 000 €.

Article 23

Délégation est donnée aux gestionnaires de l'unité contrôle de la dépense au sein de la direction des achats et des finances, personnes dont la liste suit, de signer, au nom du directeur général de l'agence nationale de santé publique, les certifications de service fait d'un montant hors taxe inférieur à 1 000 € :

Mme Corinne BOTTIN ;
Mme Khadija BOUARFA ;
M. Damien HANTZ ;
Mme Delphine KAVO ;
Mme Mélanie MOINEAU ;
Mme Hélène XABRAME.

Article 24

Délégation est donnée aux personnes dont la liste suit, et chacune pour ce qui concerne sa direction, de signer, au nom du directeur général de l'Agence nationale de santé publique, dans la limite de leurs attributions et fonctions :

– l'ensemble des bons de commande d'un montant hors taxe inférieur à 1 000 €, à l'exclusion des dépenses liées aux missions/déplacements ;
– toute correspondance et de valider les données produites par les partenaires et transmises à l'Agence nationale de santé publique et à ses directions, à l'exclusion des correspondances et décisions engageant juridiquement ou financièrement l'agence :
Mme Anne GALLAY, directrice par intérim des régions ;
M. Franck GOLLIOT, adjoint de la directrice des régions ;
Mme Sylvie QUELET, directrice de la prévention et de la promotion de la santé ;
M. Pierre ARWIDSON, adjoint à la directrice de la prévention et de la promotion de la santé ;
M. Bruno COIGNARD, directeur des maladies infectieuses ;
M. Didier CHE, adjoint du directeur des maladies infectieuses ;
Mme Anne GALLAY, directrice des maladies non transmissibles et traumatismes ;
Mme Emmanuelle BAUCHET, adjointe à la directrice des maladies non transmissibles et traumatismes ;
M. Sébastien DENYS, directeur santé environnement ;
Mme Catherine BUISSON, directrice santé travail ;
M. Pascal EMPEREUR-BISSONNET, adjoint à la directrice santé travail ;
M. David HEARD, directeur de la communication et du dialogue avec la société ;
Mme Valérie DERREY, adjointe du directeur de la communication et du dialogue avec la société ;
M. Jean-Claude DESENCLOS, directeur scientifique, adjoint au directeur général ;
Mme Anne-Catherine VISO, adjointe du directeur scientifique.

Article 25

Cette décision abroge la précédente décision DG n° 65-2016 du 10 juin 2016 portant délégation de signature au sein de l'agence nationale de santé publique.

Article 26

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

Fait le 10 juillet 2017.

Le directeur général,
Pr. F. Bourdillon

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

ATIH
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Décision nº 2017-160 du 11 juillet 2017 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant délégation de signature temporaire

NOR : *SSAX1730463S*

Le directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation,

Vu les articles R. 6113-33 et suivants du code de la santé publique, et notamment l'article R. 6113-45 ;

Vu l'arrêté du 17 juillet 2015 portant nomination du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;

Vu la délibération nº 9 du conseil d'administration de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation en date du 26 novembre 2015 approuvant l'organigramme de l'agence ;

Vu la décision nº 2015-133 du 5 octobre 2015 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant nomination du directeur général adjoint ;

Vu les décisions nº 2016-138 et nº 2016-139 du 11 mai 2016 portant nomination de la secrétaire générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et délégation de signature ;

Vu la décision nº 2016-150 du 4 juillet 2016 du directeur général de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation portant nomination de la cheffe de service « financements et analyses économiques »,

Décide :

Article 1er

Délégation est donnée à Mme Véronique SAUVADET-CHOUVY, cheffe du service « financements et analyses économiques », à l'effet de signer, du 14 août au 18 août 2017 inclus, au nom du directeur général de l'agence, tous actes ou décisions relevant des attributions qui lui sont conférées par l'article R. 6113-45 du code de la santé publique, en raison de l'absence simultanée du directeur général, du directeur général adjoint et de la secrétaire générale de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation durant cette période.

Article 2

La présente décision prend effet à compter du 14 août 2017 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 11 juillet 2017.

Le directeur général
de l'Agence technique de l'information
sur l'hospitalisation,
H. Holla

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

CNG
Centre national de gestion des praticiens hospitaliers
et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Délibération n° 2017-04 du 4 avril 2017 adoptant le contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion pour les années 2017 à 2019

NOR : *SSAN1730420X*

Le conseil d'administration du Centre national de gestion,

Vu le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à l'organisation et au fonctionnement du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, et notamment ses articles 8 (2°), 13 et 15 ;

Vu le rapport présenté par la directrice générale ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

Article 1er

Le contrat d'objectifs et de performance du Centre national de gestion pour les années 2017 à 2019, annexé à la présente délibération, est adopté.

Article 2

La directrice générale du CNG est chargée de l'exécution de la présente délibération, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité à l'issue du délai d'un mois prévu au troisième alinéa de l'article 13 du décret susvisé du 4 mai 2007.

Délibéré le 4 avril 2017.

Pour extrait certifié conforme.

Le président du conseil d'administration,
P. Georges

Contrat d'Objectifs et de Performance du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière 2017-2019

SOMMAIRE

PRÉAMBULE 3

Propos liminaire 3

Présentation générale du CNG

Bilan du COP du CNG 2014-2016 4

Priorités des pouvoirs publics 5

Éléments de contexte 5

AXES ET OBJECTIFS STRATÉGIQUES ASSIGNÉS AU COP 2017-2019 7

Axe n°1 Anticiper les évolutions de carrière et accompagner les parcours et les compétences des praticiens hospitaliers et des directeurs de la Fonction publique hospitalière (FPH) en tenant compte des enjeux démographiques et des recompositions territoriales 8

Axe n°2 Eclairer les décideurs publics, les représentants institutionnels et professionnels par la contribution à la mise en œuvre d'outils de connaissance et de pilotage 14

Axe n°3 Accélérer la transition numérique notamment en s'appuyant sur un système d'information structuré, efficient et sécurisé 17

Axe n°4 Poursuivre l'amélioration de la performance interne du CNG et conforter son positionnement dans son environnement 23

MODALITÉS DE SUIVI DU CONTRAT 27

Gouvernance et instances de suivi 27

Livrables 28

DATE D'EFFET 29

REVISION EN COURS D'EXECUTION 29

PROROGATION 29

SIGNATURES 30

ANNEXE n°1 31

ANNEXE n°2 35

PRÉAMBULE

Propos liminaire

L'élaboration du Contrat d'Objectifs et de Performance (COP) 2017-2019 du CNG a donné lieu à un travail conduit par le CNG et par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), en lien avec la Direction de la sécurité sociale (DSS), la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS), le ministère des finances et des comptes publics (direction du budget) et la mission santé du service du contrôle général économique et financier. Le contrat a été précédé par des entretiens conduits par la DGOS avec les partenaires du CNG et a fait l'objet d'une approbation par le Conseil d'administration du CNG le 4 avril 2017.

Le COP du CNG s'articule autour de 4 axes stratégiques et de 16 objectifs, définis en cohérence avec les missions du CNG et les priorités des pouvoirs publics. Il fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Présentation générale du CNG

Le CNG est un établissement public administratif sous tutelle du Ministre chargé de la santé dont le texte fondateur est l'ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

Les missions du CNG sont précisées par le décret n° 2007-704 du 4 mai 2007 modifié relatif à son organisation et à son fonctionnement du CNG. Elles comportent notamment :

- la gestion des personnels enseignants et hospitaliers titulaires, conjointement avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche, ainsi que celle des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière ; les procédures de nomination de ces professionnels ;

- la mobilité, le développement et l'accompagnement professionnels;

- la gestion des directeurs et des praticiens mis à disposition auprès des inspections générales interministérielles, notamment de l'IGAS ;

- L'organisation des commissions et la prise en charge des autorisations nationales d'exercice des médecins, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes à diplômes européens ou hors Union européenne ;

- la gestion des contrats d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants et internes en médecine, destinés à lutter contre les déserts médicaux, dispositif élargi aux étudiants en odontologie depuis 2013 ;

- l'organisation de 19 concours nationaux de recrutement des professionnels relevant du secteur sanitaire, social et médico-social et appartenant aux corps qu'il gère (personnels enseignants et hospitaliers, praticiens hospitaliers et directeurs) mais aussi celle des concours ou examens afférents à des catégories de professionnels qu'il ne gère pas (attachés d'administration hospitalière, médecins, chirurgiens, pharmaciens, odontologistes, sages-femmes, à diplômes européens ou hors Union européenne).

Bilan du COP 2014-2016

Deux précédents contrats ont été signés pour la période 2010/2013 puis 2014/2016.
Le COP 2014/2016 s'articulait autour des 4 axes suivants :
Axe 1 : promouvoir la modernisation de la gestion des ressources humaines et la dynamisation des parcours professionnels
Axe 2 : éclairer sur les enjeux démographiques, innover dans les procédures de recrutement, participer à la régulation démographique
Axe 3 : promouvoir et piloter un système d'information global, ouvert, efficient et sécurisé
Axe 4 : amplifier un management par la qualité et optimiser la performance institutionnelle
La quasi-totalité des actions, en déclinaison des axes stratégiques et des objectifs opérationnels du COP, ont été réalisées, voire pour certaines, au-delà des attendus.

Le bilan d'exécution provisoire du COP, réalisé par le CNG, a été présenté lors de son Conseil d'administration du 27 février 2017. Il fait état des éléments suivants :

Fin 2014, sur les 39 actions à réaliser ou à initier en 2014 (sur les 85 actions initiales du COP) :

- 21 actions (sur les 26) étaient exécutées en totalité, soit un taux de réalisation de 81 % ;
- 10 actions sur les 13 étalées sur les trois années du COP, ont atteint les objectifs attendus pour 2014, soit un taux de réalisation de 77 %.

Fin 2015, sur les 49 actions à réaliser ou à initier en 2015 (sur les 90 actions, telles qu'amendées ou reportées de 2014 à 2015) :

- 26 actions (sur les 30) étaient réalisées en totalité ou partiellement, soit un taux de réalisation globale de 87 % ;
- 16 actions sur les 19 étalées sur les trois années du COP, ont atteint partiellement ou totalement les objectifs attendus pour 2015, soit un taux de réalisation global de 84 %.

A fin 2015, sur ses deux premières années d'exécution, le COP du CNG est réalisé à 66 %.

Le bilan provisoire de l'exécution du COP pour l'année 2016, 3e et dernière année d'exécution, fait apparaitre les points saillants prévisionnels suivants :
Ainsi, sur les 55 actions à réaliser ou à initier en 2016 (sur les 98 actions, telles qu'amendées ou décalées de 2015 à 2016) :

- 25 actions (sur 37) étaient réalisées en totalité ou partiellement, soit un taux de réalisation globale de 68 % ;
- 13 actions (sur les 19 étalées sur les trois années du COP), ont atteint les objectifs attendus pour 2016, partiellement ou totalement, soit un taux de réalisation global de 72 %.

A fin 2016, sur ses trois années d'exécution, le COP du CNG est estimé être réalisé à 81%.

Le COP a fait d'objet de deux avenants (en 2015 et en 2016) qui ont acté des reports dans la réalisation de certaines actions.

Éléments de contexte

Le troisième contrat d'objectifs et de performance 2017/2019 entre l'Etat et le Centre national de gestion s'inscrit dans un contexte marqué par les évolutions législatives et stratégiques suivantes :

- la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement ;
- la loi n° 2015-1779 du 28 décembre 2015 relative à la gratuité et aux modalités de la réutilisation des informations du secteur public ;
- la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;
- la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires ;
- la loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique ;
- l'ordonnance du 22 décembre 2016 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles de professions réglementées ;
- l'ordonnance n° 2017-46 du 19 janvier 2017 relative à la prise en charge de la rémunération des personnels des établissements de santé mis à disposition des inspections générales interministérielles et abrogeant les dispositions relatives aux conseillers généraux des établissements de santé ;
- le décret n° 2017-92 du 26 janvier 2017 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2017-46 du 19 janvier 2017 relative à la prise en charge de la rémunération des personnels des établissements de santé mis à disposition des inspections générales interministérielles et abrogeant les dispositions relatives aux conseillers généraux des établissements de santé ;
- l'ordonnance n° 2017-53 du 19 janvier 2017 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles dans le domaine de la santé ;
- le plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- le plan national relatif attractivité de l'exercice médical ;
- la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Priorités définies avec les pouvoirs publics

Au titre de ce 3eme COP, les priorités qui guideront l'action du CNG au cours des trois prochaines années portent sur :
- l'appui du ministère en charge de la santé (DGOS et DGCS) dans la mise en œuvre des politiques de ressources humaines à l'égard des directeurs et des praticiens hospitaliers ;

- la définition d'une stratégie des systèmes d'information adaptée aux besoins des pouvoirs publics et articulée avec celle des autres opérateurs et partenaires ;
- la participation à la transition numérique et à l'ouverture des données publiques par un accès partagé des données RH avec les partenaires de l'Etat et leurs autres opérateurs ;
- la prise en compte de la nouvelle configuration territoriale née de la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ;
- le renforcement des synergies avec les autres acteurs du système de santé ;
- la poursuite de la démarche de performance interne en veillant, d'une part, à renforcer ses actions en matière de prévention des risques et, d'autre part, à conforter la modernisation de ses outils de gestion.

Le présent contrat d'objectifs et de performance se compose de quatre axes stratégiques :

- AXE n°1 : Anticiper les évolutions de carrière et accompagner les parcours et les compétences des praticiens hospitaliers et des directeurs de la Fonction publique hospitalière (FPH) en tenant compte des enjeux démographiques et des recompositions territoriales.

- AXE n°2 : Eclairer les décideurs publics, les représentants institutionnels et professionnels par la contribution à la mise en œuvre d'outils de connaissance et de pilotage.

- AXE n°3 : Accélérer la transition numérique notamment en s'appuyant sur un système d'information structuré, efficient et sécurisé.

- AXE n°4 : Poursuivre l'amélioration de la performance interne du CNG et conforter son positionnement dans son environnement.

AXES STRATÉGIQUES ET OBJECTIFS OPERATIONNELS DU COP

Principes d'engagements réciproques

Le présent contrat fixe les quatre axes stratégiques et seize objectifs opérationnels sur lesquels s'engagent réciproquement le CNG et l'Etat au titre des années 2017 à 2019.

D'une part, le CNG s'engage à :

- définir son programme de travail annuel conformément aux axes stratégiques et aux objectifs opérationnels du COP. Il veille à articuler les conventions signées avec ses partenaires avec les axes et objectifs du COP et le programme de travail annuel ;
- informer régulièrement l'Etat de l'avancement des actions conduites dans le cadre du COP, y compris sur le plan financier ;
- effectuer la mesure systématique des résultats de ses projets en s'appuyant sur les indicateurs de performance reportés à l'annexe 1 ;
- assurer une information régulière sur les activités liées aux objectifs opérationnels du COP et une large diffusion des productions qui y sont associées.

D'autre part, l'État s'engage à :

- arrêter avec le Conseil d'administration de l'établissement les axes stratégiques et les objectifs opérationnels ainsi que les modalités de mesure des résultats des actions prévues dans le cadre du programme pluriannuel du COP ;
- mettre en place les instances de suivi du COP (comité de pilotage et réunions techniques) et les réunir à échéance convenue ;
- informer régulièrement le CNG de l'avancement des projets ministériels entrepris dans le champ d'action de l'établissement ;
- évaluer la réalisation des actions conduites par le CNG en exécution du COP.

Les quatre axes stratégiques du COP 2017-2019 se déclinent de la manière suivante :

AXE n°1 : Anticiper les évolutions de carrières et accompagner les parcours et les compétences des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (FPH) en tenant compte des enjeux démographiques et des recompositions territoriales

OBJECTIF 1.1 – ACCOMPAGNER LES PRATICIENS HOSPITALIERS ET LES DIRECTEURS DANS LES EVOLUTIONS DES ORGANISATIONS AU REGARD DES ENJEUX TERRITORIAUX ET DES NOUVELLES MODALITES D'INTERVENTION DE CES PROFESSIONNELS.

Actions	Délais de réalisation
1.1.1/ Mettre en œuvre un schéma d'accompagnement pour l'exercice des fonctions de directeur dans certains territoires	
• Identifier les territoires cibles en coordination avec les ARS et les préfets de département (DDCS) en identifiant spécifiquement l'outre-mer	2017-2018
• Elaborer des actions d'accompagnement (au départ et au retour) dont un processus spécifique pour l'outre- mer	2018
• Déployer le dispositif sur la base des actions retenues	2018
• Evaluer le dispositif en associant les ARS, les préfets de région (DRDS), les préfets de département (DDCS) et les professionnels et proposer des mesures d'évolution	2019

Actions	Délais de réalisation
1.1.2/ Renforcer l'offre de co-développement dans le contexte de la mise en place des nouvelles organisations territoriales (GHT)	
• Lancer 3 ateliers pilotes à thématique spécifique GHT pour 3 catégories de publics ciblées : 1) chef d'établissement support 2) Présidents et vice- Présidents de CME/ chefs de pôle 3) atelier mixte Directeurs/PH	2017
• Capitaliser les expériences et les bonnes pratiques • Déployer après évaluation à la demande des acteurs de terrain	2018 2018-2019

Actions	Délais de réalisation
1.1.3 /Etre référent des prestations ressources humaines d'accompagnement d'équipes de GHT	
• Proposer un référentiel de spécifications pour aider les ARS et les établissements de la FPH afin d'harmoniser et de sécuriser l'accompagnement des équipes dans le cadre du déploiement des GHT	2017
• Apporter en tant que de besoin un conseil aux institutions concernées sur l'accompagnement d'équipes dans le domaine des RH	2018
• Participer au volet national du plan d'accompagnement des GHT, en lien avec les autres acteurs du système de santé impliqués	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de satisfaction des professionnels ayant bénéficié d'un dispositif d'accompagnement individualisé ou collectif au titre des territoires cibles	Non applicable		> 60%	> 75%
Délai médian entre la demande d'accompagnement formalisée par l'établissement auprès du CNG et la mise en place de l'accompagnement avec analyse globale des situations rencontrées				

OBJECTIF 1.2 – SOUTENIR ET FAVORISER LA DIVERSIFICATION DES PARCOURS PROFESSIONNELS DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES DIRECTEURS

Actions	Délais de réalisation
1.2.1/ Formaliser la méthodologie de constitution de viviers professionnels pour assurer des missions particulières (intérims, administration provisoire, missions ciblées…)	
• Analyser les propositions de l'étude remise par la mission dédiée à la constitution de viviers professionnels • Formaliser la démarche méthodologique permettant d'intégrer la gestion des viviers dans les systèmes d'information partagés avec les acteurs concernés	2017-2018
Définir l'expression de besoins : • Expliciter les missions et les profils attendus • Identifier les demandes des ARS, des préfets de région (DRDS), des préfets de départements (DDCS)	2018-2019

et des établissements de la FPH • Mettre en adéquation l'offre de missions et des candidats potentiels	2018-2019
• Evaluer le dispositif mis en œuvre à ce titre	2019

Actions	Délais de réalisation
1.2.2/Faciliter le repositionnement professionnel des directeurs en fin de détachement ou de disponibilité	
• Assurer, par anticipation, le repérage des directeurs concernés sur la base d'un échantillon et selon une méthodologie à définir en fonction de l'étape suivante de leur vie professionnelle	2017-2018
• Identifier leurs besoins en formation et en accompagnement pour adapter l'offre du CNG, en lien notamment avec l'EHESP	2017-2018
• Evaluer le dispositif de repérage et la réponse apportée aux besoins exprimés	2018-2019
• Déployer le dispositif si l'évaluation est positive, sur l'ensemble des professionnels concernés	2019

Actions	Délais de réalisation
1.2.3/Constituer et accompagner le vivier des praticiens remplaçants	
• Accompagner l'entrée des praticiens dans la position de remplaçants	2017-2019
• Anticiper les fins de position de remplacement	2018
• Expérimenter un dispositif d'accompagnement du repositionnement des PH à la fin de leur position de remplaçants	2018-2019
• Déployer le dispositif sur l'ensemble des professionnels concernés, après évaluation	2019

Actions	Délais de réalisation
1.2.4/Conforter l'accompagnement des demandes de reconversion des praticiens dans leur deuxième partie de carrière	
• Identifier les compétences clés et les spécialités en tension	2017
• Concevoir et tester un dispositif d'accompagnement des demandes de reconversion	2018
• Déployer le dispositif après évaluation	2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de déploiement du dispositif : (nombre de missions pourvues par des directeurs relevant du vivier constitué/ nombre de missions à pourvoir)		0	60 %	75 %
Taux de repositionnement des directeurs accompagnés : (nombre de directeurs repositionnés sur un poste /nombre de directeurs accompagnés)	Non applicable	0	60 %	75%
Taux de repositionnement des praticiens remplaçants : (nombre de praticiens remplaçants repositionnés sur un poste /nombre de praticiens remplaçants accompagnés)		0	60%	75%

OBJECTIF 1.3 – REPERER LES POTENTIELS ET LES HAUTS POTENTIELS ET DEVELOPPER LA GESTION DES TALENTS POUR ACCROITRE ET OPTIMISER LES COMPETENCES DES DIRECTEURS

Actions	Délais de réalisation
1.3.1/Amplifier le processus d'identification et d'optimisation des compétences des potentiels et hauts potentiels	
• Arrêter des scenarios de repérage et d'identification des potentiels et hauts potentiels en lien avec les ARS, les préfets de région (DRDS), les préfets de département (DDCS) et les professionnels, sur la base du travail de recherche réalisé avec l'EHESP	2017
• Expérimenter les premières mesures relevant du scénario retenu, sur la base d'un échantillon de la population cible	2018
• Evaluer l'expérimentation du dispositif mis en œuvre	2018-2019
• Déployer l'ensemble des mesures relevant du scenario retenu, si l'évaluation est positive	2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Proportion de directeurs appartenant au vivier et nommés sur des emplois fonctionnels ou de directeur général de centre hospitalier universitaire ou				30 %

centre hospitalier régional				
Production du rapport d'évaluation de l'expérimentation de ce dispositif				X

OBJECTIF 1.4 – PARTICIPER AU DIALOGUE SOCIAL ET CONTRIBUER A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME D'ACTIONS LIE A LA STRATEGIE NATIONALE D'AMELIORATION DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ET DES DIRECTEURS

Actions	Délais de réalisation
1.4.1/Apporter les éclairages utiles au dialogue social dans le cadre des groupes de concertation organisés au niveau national	
• Contribuer aux travaux des comités de suivi d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT	2017-2019
• Contribuer aux travaux des groupes de concertation avec les organisations professionnelles de directeurs	2017-2019
• Contribuer aux travaux des groupes de concertation avec les organisations professionnelles de praticiens hospitaliers (plan national d'attractivité médicale)	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
1.4.2/Participer au dispositif d'amélioration de la qualité de vie au travail et de prévention des risques psycho-sociaux	
• Contribuer à la préfiguration de la mission de médiation nationale • Signaler les situations individuelles à risque au médiateur national en lien, en tant que de besoin, avec les missions de médiation/ conciliation dévolues aux commissions régionales paritaires des praticiens hospitaliers placées auprès des ARS (CRP) • Participer à la résolution des situations ainsi signalées • Suivre les actions engagées	2017-2019
Actions	Délais de réalisation
1.4.3/Contribuer à la définition et à la réalisation du programme annuel d'actions défini dans le cadre du fonctionnement de la commission des conditions de travail des directeurs, aux côtés du ministère en charge de la santé (DGOS/DGCS)	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de réalisation du programme annuel : (nombre d'actions réalisées par le CNG / nombre d'actions confiées au CNG au titre de l'année de référence)	Non applicable	70 %	80%	90%

OBJECTIF 1.5 – DEVELOPPER AVEC LES ARS LE DISPOSITIF DE GESTION DES PRATICIENS REMPLACANTS ET CONTRIBUER A SON EVALUATION NOTAMMENT PAR LA MISE A DISPOSITION DES DONNEES NECESSAIRES

Actions	Délais de réalisation
1.5.1/Contribuer à la mise en œuvre et à l'évaluation du dispositif de gestion des praticiens remplaçants	
• Formaliser un dispositif de gestion efficient des praticiens remplaçants dès publication des textes règlementaires en lien avec les ARS	2017
• Définir les modalités de gestion financière entre les différents acteurs	2017
• Définir, développer et mettre en œuvre une application informatique permettant d'intégrer la gestion des praticiens remplaçants dans les systèmes d'information partagés avec les acteurs concernés	2018
• Evaluer le dispositif en lien avec les ARS et les représentants des professionnels concernés	2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Rapport d'évaluation du dispositif des praticiens remplaçants dont bilan annuel de données notamment physico-économiques	Non applicable		1er bilan après publication des textes	
Taux de satisfaction des ARS			> 60%	> 70%

AXE n°2: Eclairer les décideurs publics, les représentants institutionnels et professionnels par la contribution à la mise en œuvre d'outils de connaissance et de pilotage.

OBJECTIF 2-1 – PARTICIPER A LA DEFINITION ET A LA MISE EN ŒUVRE D'UN DISPOSITIF D'ACCES ET DE PARTAGE DE DONNEES, GLOBAL ET SECURISE, PERMETTANT UN PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES AU PLAN NATIONAL OU TERRITORIAL

Actions	Délais de réalisation
2.1.1/Mettre en œuvre les actions contribuant à l'élaboration du dispositif d'accès et de partage des données, avec l'appui d'une assistance à maîtrise d'ouvrage	
• Contribuer et s'approprier la réflexion sur le cadre juridique relatif à l'ouverture des données, conduite par les ministères sociaux	2017 -2018
• Identifier et valoriser les données collectées et produites par le CNG dans le cadre de la formalisation de la stratégie des systèmes d'information (Axe 3 – objectif 1), en tenant compte des besoins exprimés par les différents acteurs	2018
• Alimenter le partage des données dans un cadre sécurisé à partir d'un entrepôt adapté de données	2019

Actions	Délais de réalisation
2.1.2/ Mise en place de « téléservices » entre le CNG et les ordres professionnels, en particulier avec le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM), pour faciliter en les standardisant, les échanges de données sur les candidats dans le cadre des demandes d'autorisation d'exercice, en lien avec la stratégie SI définie.	
• Finaliser des études préalables à cette mise en place et définir les types de téléservices nécessaires	2017
• Mettre en production et expérimenter ce dispositif sur des spécialités pilotes	2018
• Evaluer l'expérimentation et la généraliser si elle est positive	2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux d'évolution des données partagées : (nombre des données mises à disposition par l'entrepôt / Nombre de données recensées dans la cartographie mentionnée au point 3.1.1)		-	>70%	100 %
Nombre d'accès en fonction des profils/rôles (en distinguant administrations centrales, établissements de FPH, ARS, préfets de région (DRDS), préfets de départements (DDCS), et autres partenaires)				
Taux de satisfaction des utilisateurs de données			>65%	>70%

OBJECTIF 2-2 – OPTIMISER LE SUIVI DU DISPOSITIF DES CONTRATS D'ENGAGEMENT DE SERVICE PUBLIC (CESP), CONTRIBUER A SON EVALUATION ET AU CONTROLE DU RESPECT DES ENGAGEMENTS (TRAJECTOIRE JUSQU'A LA SORTIE DU DISPOSITIF, ENGAGEMENTS FINANCIERS…)

Actions	Délais de réalisation
2.2.1/Suivre le dispositif CESP	
• Produire un bilan annuel actualisant les données quantitatives et qualitatives	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
2.2.2/Contribuer à la définition et à la mise en œuvre d'un dispositif de suivi du respect de l'engagement d'exercice, en lien avec les autres parties prenantes.	
• Proposer aux autres parties prenantes des dispositions de suivi.	2017-2019
• Signaler, le cas échéant, à la CPAM le non-respect de l'engagement individuel correspondant	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Rapport annuel de suivi, quantitatif et qualitatif des CESP, en lien avec le ministère en charge de la santé (DGOS), dans le cadre du partage des données et contenant notamment les données suivantes : - Sortie ou suspension du dispositif avant terme - Lieu d'installation (zone sous dense) - Type d'exercice (hospitalier, libéral, salarié) - Modalités d'exercice (remplacement ou installation)		Rapport annuel portant sur les données de l'année 2016	Rapport annuel portant sur les données de l'année 2017	Rapport annuel portant sur les données de l'année 2018

AXE n°3 : Accélérer la transition numérique en s'appuyant notamment sur un système d'information structuré, efficient et sécurisé

OBJECTIF 3-1 – DEFINIR ET FORMALISER UNE STRATEGIE DES SYSTEMES D'INFORMATION ADAPTEE AUX ENJEUX ET AUX BESOINS METIERS

Actions	Délais de réalisation
3.1.1/Formaliser la stratégie des systèmes d'information avec l'appui d'une assistance à maitrise d'ouvrage	
• Définir l'organisation de projet en coordination avec l'ensemble des acteurs concernés, incluant la gouvernance et la méthodologie (dont l'assistance à maîtrise d'ouvrage)	2017
• Etablir une stratégie formalisée des SI comprenant : o Une cartographie documentée des applicatifs existants et contribuant à la cartographie des RH en santé dans le cadre de l'Observatoire des SI en santé confié à l'ATIH, o L'expression des besoins des tutelles et de partenaires en cohérence avec les enjeux stratégiques du CNG et les orientations « Hôpital numérique » o L'identification des pré-requis (inter opérabilité…), o Le schéma d'urbanisation (actuel et en cible), intégrant l'environnement extérieur o Les référentiels nécessaires au système et à son interopérabilité, o Les technologies à privilégier, o Les infrastructures à mettre en œuvre et leur mode de mise à disposition, o La liste des projets à mettre en œuvre et les moyens humains et financiers correspondants, o Les modalités d'achats (groupement d'achats, appels d'offres ou autres le cas échéant) o Les éléments de pilotage et d'évaluation	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Production des livrables :		Choix et mise en œuvre de l'AMO	-Fourniture da la cartographie -Expression des besoins -Définition des prérequis techniques -Schéma d'urbanisation -Référentiels, infrastructures, projets, achats… -Finalisation de la stratégie	Déploiement de la stratégie SI

OBJECTIF 3-2 – CONSOLIDER LE DISPOSITIF DES EPREUVES CLASSANTES NATIONALES INFORMATISEES EN MEDECINE (ECNI) ET ACCOMPAGNER SES EVOLUTIONS

Actions	Délais de réalisation
3.2.1/Evaluer annuellement l'ensemble du processus mis en œuvre (depuis les inscriptions jusqu'à l'affectation des internes)	
• Produire annuellement un bilan des épreuves o coût des ECNi o performances accomplies ou difficultés rencontrées	2017-2019
• Proposer au ministère en charge de la santé et au ministère en charge de l'enseignement supérieur des pistes pour faire évoluer la réglementation de nature à améliorer la performance et les coûts du processus ainsi mis en œuvre	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
3.2.2/ Faire évoluer l'application ECNi d'une façon concordante avec les évolutions des outils d'apprentissage mis à disposition des candidats par les universités /UFR de médecine	
• Définir annuellement les évolutions utiles de l'application ECNi, arrêtées par les deux ministères concernés, en fonction des besoins identifiés, en lien avec la stratégie SI définie, intégrant : o Une vision pluriannuelle des besoins o Un dispositif d'identification des besoins en lien avec les différents partenaires concernés	2017-2018

○ Une étude de faisabilité et une expression détaillée des besoins finalisée au moins un an avant la mise en production de la version concernée de l'application ○ des périodes de développement et de test prédéfinis permettant d'entériner les fonctionnalités effectives des versions et leur mise en production suffisamment en amont des épreuves	
• Mettre en œuvre les évolutions convenues	2018-2019

Actions	Délais de réalisation
3.2.3/ Faire évoluer l'application ECNi pour intégrer les partenaires au processus global (DGOS, DGESIP, Universités/UFR de médecine, Centres d'épreuves…)	
• Développer, moderniser et rendre interopérables les applications Chiron et Céline, en lien avec la stratégie SI définie	2017-2018
• Améliorer l'interopérabilité de l'application ECNi avec les autres applications du CNG (notamment CESP), en lien avec la stratégie des SI définie	2018-2019

Actions	Délais de réalisation
3.2.4/Faire converger les process et les dispositifs numériques utilisés pour les concours d'internat en pharmacie et en odontologie vers l'application ECNi des épreuves classantes en médecine (en intégrant et suscitant l'implication des partenaires au processus), en lien avec la stratégie SI définie	2018-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de réalisation de l'évolution et de la convergence des process et dispositifs numériques des internats (hors épreuves)		30%	60%	80%

OBJECTIF 3-3 – DEPLOYER LES SYSTEMES D'INFORMATION ADAPTES PERMETTANT LE PILOTAGE DES RESSOURCES HUMAINES AU PLAN NATIONAL, REGIONAL, TERRITORIAL ET LOCAL EN COORDINATION AVEC LES DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE ET LES PARTENAIRES CONCERNES

Actions	Délais de réalisation
3.3.1/ Mettre en place les référentiels utiles à la stratégie des systèmes d'information du CNG	
• Contribuer à l'évolution du référentiel établissement pour toutes les applications du CNG afin de développer leur interopérabilité (Sigmed/Sighu, Logimed, futur Gidhes, portail de télé déclaration des contributions …) : o dans le cadre des travaux conduits par l'ASIP sur le référentiel Finess o en intégrant des métadonnées additionnelles, notamment relatives à l'appartenance à d'autres entités (GHT, directions communes…) o en conservant l'historique des évolutions et en établissant des séries chronologiques	2017-2019
• Définir un référentiel des professionnels gérés par le CNG pour toutes ses applications afin de développer leur interopérabilité (Sigmed/Sighu, Logimed, futur Gidhes, portail de télé-déclaration des contributions…) : o En s'appuyant sur le référentiel RPPS, les bases de données Sigmed/Sighu, Gidhes et si possible sur IMOTEP o En intégrant des métadonnées additionnelles telles que : -« Qualités » spécifiques du professionnel non référencé dans le RPPS (sous contrat CESP, médecins associés (CAE)…) - et conservant l'historique des évolutions et en établissant des séries chronologiques	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
3.3.2/ Assurer l'adaptation des systèmes d'information aux besoins du CNG et des partenaires, en lien avec la stratégie SI définie	
• Accompagner l'évolution de SIGMED (PH) • Accompagner l'évolution de SIGHU (HU) • Poursuivre le développement de l'application LOGIMED (ensemble des praticiens)	2017-2019

• Contribuer au déploiement national de l'applicatif LOGIMED selon les orientations définies par le comité de pilotage LOGIMED	2017-2019
• Faire évoluer GIDHES (identification de ses fonctionnalités, expression de besoins pour la gestion des directeurs)	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
3.3.3/ Mettre en place le dispositif numérique des PH remplaçants en lien avec les ARS et en cohérence avec la stratégie des systèmes d'information du CNG	

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de déploiement de l'application Logimed versus taux de déploiement prévu par la gouvernance du projet Logimed		100 %	100 %	100 %

OBJECTIF 3-4 – POURSUIVRE L'OPTIMISATION ET LA DIGITALISATION DES PROCESS ET SERVICES AUXQUELS CONTRIBUE LE CNG (DEMATERIALISATION DES ELECTIONS, GESTION DES DECLARATIONS D'INTERET, FONCTION PAIE …)

Actions	Délais de réalisation
3.4.1/ Dématérialiser les élections professionnelles conduites par le CNG	
• Préparer les élections professionnelles dématérialisées pour les personnels HU, PH et directeurs, dès publication du cadre réglementaire : o passation d'un appel d'offres pour le dispositif de vote intégrant l'ensemble des élections que le CNG va devoir conduire dans les 4 ans à venir o en s'appuyant sur les SI métiers (Sigmed/Sighu, Logimed et Gidhes) o en confortant les travaux réalisés avec la CNIL	2017-2019
• Organiser les élections PH (commission statutaire nationale et conseil de discipline) en lien, notamment, avec les ordres professionnels nationaux	2017-2018
• Organiser les élections des directeurs (commissions administratives paritaires nationales et comités consultatifs nationaux)	2017-2018

3.4.2./Poursuivre la numérisation du dispositif de contribution des établissements	
• Expérimenter le portail de télé-déclaration des contributions dûes au CNG auprès d'un échantillon significatif d'établissements redevables • Mettre en production le portail de télé-déclaration auprès de tous les établissements redevables	2017
• Mettre en expérimentation le portail de télépaiement	2018-2019
• Développer le module télépaiement du portail de télé-déclaration unique à destination des établissements de la FHP, en collaboration avec les partenaires (DGFIP, caisse des dépôts) • Réaliser une analyse juridique de l'usage du portail de télé-déclaration / télépaiement du CNG pour les besoins de l'EHESP • Généraliser le système de télépaiement si l'évaluation est positive	2018-2019

Actions	Délais de réalisation
3.4.3./Mettre en œuvre le dispositif de prévention des conflits d'intérêt pour les directeurs concernés	
• Initier une campagne d'information auprès des directeurs concernés (déclarations d'intérêts et déclarations de situation patrimoniale)	2017
• Mettre en œuvre un dispositif de collecte des déclarations d'intérêt	2017
• Analyser les déclarations d'intérêt, identifier les risques de conflits et informer les directeurs concernés	2017-2018
• Assurer la conservation des déclarations d'intérêt	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de déploiement du portail de télé-déclaration de la contribution dûe au CNG (rapport du nombre d'établissements utilisateurs sur nombre total d'établissements redevables)		>30 % Identifier le taux de départ	>70 %	> 85%
Bilan annuel sur les données qualitatives et quantitatives sur les DI			Bilan 2017	Bilan 2018

AXE n°4 : Poursuivre l'amélioration de la performance interne du CNG et conforter son positionnement dans son environnement

OBJECTIF 4-1 – CONFORTER LE PILOTAGE INTERNE (GBCP, COMMANDE PUBLIQUE…)

Actions	Délais de réalisation
4.1.1/ Poursuivre le développement du contrôle interne général	
• Poursuivre le développement du contrôle interne général, y compris comptable, financier et budgétaire, en lien le Système de Management par la Qualité initié au CNG • Assurer les reportings attendus au titre de la GBCP	2017-2018
• Mettre en place un suivi régulier des délais de paiement des fournisseurs	2017-2018

Actions	Délais de réalisation
4.1.2/ Améliorer la performance de la politique « achat » et la gestion des frais de déplacement	
• Poursuivre l'amélioration des processus d'achat et de réception de recette	2017-2018
• Réviser les modalités et outils dédiés à la gestion des frais de déplacement	2017-2018

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Délais de paiement des fournisseurs (en nombre de jours à réception des factures)		-	< 30 jours	< 30 jours

OBJECTIF 4-2 – GARANTIR LA MAITRISE DES RISQUES NOTAMMENT PSYCHO-SOCIAUX, CONFLITS D'INTERET ET FINANCIERS, EN DEVELOPPANT UNE PREVENTION DES RISQUES IDENTIFIES

Actions	Délais de réalisation
4.2.1/ Poursuivre le développement du Système de Management par la Qualité	
• Amplifier le déploiement du processus de SMQ : o En actualisant la cartographie des processus dans lesquels intervient le CNG o En identifiant les processus à intégrer prioritairement dans le SMQ 2017-2019 o En établissant un plan d'action permettant de poursuivre l'amélioration continue de chacun des process	2017

prioritaires identifiés	
• Mettre en œuvre les plans d'action définis • Contribuer à la simplification des dispositifs de gestion, en proposant, le cas échéant, les évolutions nécessaires	2017-2019 2017-2019

Actions	Délais de réalisation
4.2.2/ Promouvoir la qualité de vie au travail dont la prévention des risques psycho-sociaux (RPS)	
• Elaborer un plan de prévention et d'évaluation des RPS qui devra contenir un ensemble d'actions en s'appuyant sur le diagnostic	2017-2018
• Mettre en place un baromètre social annuel	2018
• Organiser un cadre d'exercice du Télétravail en cohérence avec les directives du ministère en charge de la santé	2017-2018

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux d'exécution des plans d'actions prévus au point 4.2.1		Identifier la valeur 2017	90%	90%

OBJECTIF 4-3 – CONFORTER L'EXPERTISE ET ASSURER L'EVOLUTION DES COMPETENCES DES PERSONNELS DU CNG FACE AUX NOUVEAUX ENJEUX DE GESTION RH

Actions	Délais de réalisation
4.3.1/ Engager une démarche globale sur l'évolution des métiers du CNG	
• Analyser l'impact des nouvelles missions et nouvelles technologies sur les métiers et les compétences du CNG	2017-2019
• Identifier les nouvelles organisations de travail rendues nécessaires	2017-2018
• Prendre en compte les évolutions des métiers dans un cadre approprié portant sur les conditions d'emplois et de rémunération	2017-2019

Actions	Délais de réalisation
4.3.2/ Suivi du plan de formation des personnels du CNG	
• Accompagner l'évolution des métiers et des compétences dans le cadre du plan de formation	

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de personnels ayant bénéficié d'au moins une formation dans l'année	73% en 2016	75%	79%	83%

OBJECTIF 4-4 – RENFORCER LA BONNE ARTICULATION ET LA COMPLEMENTARITE AVEC LES AUTRES OPERATEURS ET PARTENAIRES

Actions	Délais de réalisation
4.4.1/ Poursuivre la dynamique engagée pour développer les partenariats stratégiques et opérationnels	
• Formaliser les relations avec les Ordres professionnels et les autres opérateurs (l'ATIH, l'ANAP, l'ASIP notamment) afin d'optimiser les process	2017-2019
• Intensifier et optimiser les partenariats existants (EHESP/ CNOM/ ARS, HAS, ANESM…)	2017-2019

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Taux de process et de projets comportant l'identification des acteurs connexes et l'explicitation à ce titre de l'organisation de projet				
Taux de satisfaction des partenaires				

OBJECTIF 4-5 – POURSUIVRE LA MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS ENGAGEES EN FAVEUR DE LA PREVENTION CONTRE LES DISCRIMINATIONS

Actions	Délais de réalisation
• Contribuer au respect de l'exigence d'égalité et de parité pour les nominations au conseil d'administration, les jurys, les comités de sélection et l'encadrement du CNG	2017-2019
• Insérer dans les guides dédiés aux jurys de concours, les membres des comités de sélection et les instances internes du CNG des mentions particulières sur la prévention et la lutte contre les discriminations	2018
• Développer les actions en faveur de la diversité dans l'emploi et l'égalité professionnelle	2018

INDICATEURS	Dernière valeur connue	CIBLES		
		2017	2018	2019
Ratio femmes / hommes dans la composition des jurys et comités de sélection	A renseigner	<>40% <60%	>40% <60%	>40% <60%
Taux d'emploi des personnels en situation de handicap				6%

MODALITÉS DE SUIVI DU CONTRAT

Gouvernance et instances de suivi

La gouvernance et le suivi du COP CNG 2017-2019 s'articulent autour des instances suivantes, régulièrement réunies chaque année :

Le comité de pilotage (COPIL) – Instance de suivi stratégique du COP, le comité de pilotage se réunit au moins une fois par an, au plus tard au mois de mai. Le COPIL est chargé d'examiner et de valider la mise en œuvre des axes et objectifs stratégiques assignés au COP dans le cadre de la revue annuelle de contrat. Cette dernière est réalisée sur la base :

- d'un bilan annuel de réalisation du COP, produit par le CNG selon les modèles annexés au présent contrat,
- des indicateurs / cibles assignés au COP, selon les modèles annexés au présent contrat.

La revue annuelle de contrat permet en outre d'identifier les difficultés éventuellement rencontrées dans l'exécution du contrat.

Le comité de pilotage du COP CNG est composé des membres suivants :

- le directeur général du CNG ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le directeur général de l'offre de soins, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le directeur général de la cohésion sociale, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le directeur de la sécurité sociale, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le directeur de la direction du budget, ou son représentant, assisté des collaborateurs de son choix,
- le chef de la mission de contrôle économique et financier en charge du CNG, ou son représentant.

Il est présidé par le directeur général de l'offre de soins.

Chaque comité de pilotage est précédé d'une réunion technique préparatoire et fait l'objet d'un relevé de décisions diffusé à l'ensemble des membres.

Les réunions techniques (RT) – Instances de suivi opérationnel des objectifs et actions arrêtés au titre du COP, les réunions techniques sont organisées par la DGOS.

Les réunions techniques sont composées des représentants de chaque direction d'administration centrale ainsi que de représentants du CNG. Le CGEFi y est invité. Elles sont présidées par la direction générale de l'offre de soins.

Au moins une réunion technique est dédiée à la préparation du comité de pilotage au plus tard à la fin du premier semestre. Son ordre du jour est établi par la DGOS en lien avec les signataires du COP. Elle est constituée par les représentants des membres du comité de pilotage et a pour objet de :

- réaliser un examen préalable des documents qui seront soumis pour approbation au comité de pilotage,
- solliciter auprès du CNG, le cas échéant, des éléments complémentaires relatifs à l'exécution du COP,
- identifier les points à soumettre à l'arbitrage du comité de pilotage.

Le suivi et l'exécution du COP sont également réalisés dans le respect des principes suivants :

- le CNG utilise les modèles annexés au présent contrat pour assurer le suivi et la documentation des actions réalisées dans le cadre du COP à l'attention du Ministère des affaires sociales et de la santé, et en particulier de la DGOS, qui assure la tutelle « métier » de l'agence,
- les signataires du COP s'engagent à diffuser les documents de suivi de l'exécution du COP au plus tard trois semaines avant les réunions techniques,
- la DGOS prépare et diffuse l'ordre du jour des COPIL et des réunions techniques et assure la réalisation, en lien avec le CNG, des supports devant faire l'objet d'une présentation,
- la DGOS rédige et diffuse les relevés de décisions ainsi que les comptes rendus de l'ensemble des comités de pilotage et réunions techniques.

Livrables

Le CNG est responsable de l'évaluation continue de la réalisation des objectifs et actions prévus dans le cadre du COP, sur la base d'indicateurs définis en concertation avec le Ministère des affaires sociales et de la santé.

Le CNG rend compte au Ministère des affaires sociales et de la santé de l'atteinte des objectifs assignés au COP par :

- la transmission d'un bilan annuel de réalisation du COP (sur la base des modèles annexés au présent contrat), document socle de la revue annuelle de contrat réalisée dans le cadre du comité de pilotage,
- la transmission des indicateurs de suivi des actions et projets mis à l'ordre du jour des réunions techniques.

Le bilan annuel de réalisation du COP ainsi que le relevé de décisions des comités de pilotage sont diffusés aux directions d'administrations centrales, à la Direction du budget, au CGEFi ainsi qu'à la direction générale du CNG.

Le bilan annuel de réalisation du COP fait l'objet d'une présentation au conseil d'administration du CNG.

Date d'effet

Le présent contrat couvre la période du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2019.

Révision en cours d'exécution

Le contrat pourra être révisé au cours de son exécution pour tenir compte d'une évolution significative des politiques publiques ou de l'environnement stratégique du CNG. Cette révision prendra la forme d'un avenant au présent contrat.

Prorogation

La prorogation éventuelle du présent contrat s'effectue par avenant.

* *

*

Fait à Paris le 7 avril 2017 en deux exemplaires originaux.

La Directrice générale de l'offre de soins	Le Président du conseil d'administration du CNG
Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCE	Philippe GEORGES
Le Directeur général de la cohésion sociale	La Directrice générale du CNG
Jean-Philippe VINQUANT	Danielle TOUPILLIER
Le Directeur de la sécurité sociale	La Directrice du budget
Thomas FATOME	Amélie VERDIER

ANNEXE n°1 – Bilan annuel de réalisation du COP 2017-2019

État général de la réalisation du COP – XX/XX/2017 :

Partie 1 – Analyse de l'environnement stratégique interne/externe du CNG

Il s'agit d'une présentation synthétique du positionnement stratégique du CNG. Elle met en priorité en exergue les évènements nouveaux ayant significativement affecté la gestion de l'agence et la réalisation des objectifs au cours de l'année écoulée. Elle constitue un cadrage stratégique éclairant les parties 2 et 3 du bilan annuel.

[Rédiger une synthèse d'une à deux pages]

Partie 2 – Évaluation de l'atteinte des objectifs de l'année n-1

Il s'agit de réaliser une analyse de la performance du CNG au regard de l'état de réalisation du COP (selon les modèles de documents reproduits en annexe du contrat). Cette partie consiste à mesurer les écarts éventuels entre les cibles prévisionnelles et les réalisations, et de les analyser (cause – conséquence – identification des risques)

[Renseigner et commenter les tableaux 1, 2 et 3 reproduits dans les pages suivantes]

Partie 3 – Analyse des perspectives de réalisation du contrat pour l'année n

Il s'agit de décrire et de justifier les modifications susceptibles d'être éventuellement apportées au contrat par voie d'avenant (calendrier, cibles, etc.). Ces propositions feront l'objet d'une validation du comité de pilotage du COP, à l'occasion de la revue annuelle de contrat.

[Rédiger une synthèse d'une à deux pages]

Tableau 1 - Bilan annuel de réalisation du COP CNG (exemple Axe I) :

AXE I –				
Objectif 1.1 :	**Finalisé**	**En cours**[1]	**Reporté**	**Commentaires**
1.1 –				
	xx xx	xx xx	xx xx	xx xx
1.2 –				
	xx xx	xx xx	xx xx	xx xx
Livrables et documents produits pendant l'année dans le cadre de l'objectif 1 :				
Objectif 1.2 :	**Finalisé**	**En cours**[5]	**Reporté**	**Commentaires**
1.1 –				
	xx	xx	xx	xx
Livrables et documents produits pendant l'année dans le cadre de l'objectif 2 :				

[1] Un objectif opérationnel est considéré « en cours » si l'un des projets qui lui est rattaché est « en cours ».

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2017/7 du 15 août 2017, Page 90

Tableau 2 - Indicateur de suivi du COP CNG (exemple Axe I) :

INDICATEURS DE SUIVI DU COP CNG 2017-2019 AXE I –							
Indicateurs	**2017**		**2018**		**2019**		**Analyse des écarts - Commentaires**
	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	Cible	Réalisé	
Objectif 1.1 :							
Objectif 1.2 :							
Objectif 1.3 :							

Calcul des indicateurs

Indicateur	**Mode de calcul**

BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2017/7 du 15 août 2017, Page 91

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Tableau 3 - Actions du COP pour lesquelles des risques et difficultés ont été identifiés dans leur réalisation (exemple) :

Axe – Objectif – Action	Risques / difficultés identifiés	Niveau de risque (*faible / moyen / fort*)	Actions correctives (*indiquer également l'état de réalisation non réalisé / en cours / finalisé*)
AXE I – Objectif 1 : Action XX	[compléter]	[compléter]	[compléter]
AXE I – Objectif 2 : Action XX	[compléter]	[compléter]	[compléter]
AXE I – Objectif 3 : Action XX	[compléter]	[compléter]	[compléter]

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
BO Santé – Protection sociale – Solidarité n° 2017/7 du 15 août 2017, Page 92

ANNEXE n°2 – Suivi du COP CNG 2017-2019

INSTITUTIONS	SERVICES
Ministère des affaires sociales et de la santé	
Direction générale de l'offre de soins	▪ Sous-direction de la stratégie et des ressources (SDSR) – ▪ Sous-direction des ressources humaines du système de santé
Direction de la sécurité sociale	▪ Sous-direction du financement du système de soins
Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales	▪ Chef de service stratégie nationale de santé et ARS
Direction générale de la cohésion sociale	▪ Service des politiques d'appui – Sous-direction des affaires financières et de la modernisation
Ministère des finances et des comptes publics	
Direction du budget	▪ 6ème Sous-direction – Bureau 6BCS
Centre national de gestion	
Direction générale	
Contrôle général économique et financier	
▪ Mission santé du service du CGEFi en charge du CNG	

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-01 du 23 mai 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre hospitalier d'Avignon

NOR : *SSAX1730407X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 12 et 22 ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, et notamment son article 193 ;

Vu la délibération n° 2014-10-2 du 16 octobre 2014 relative aux modalités d'examen des demandes de rectification d'erreur de liquidation et de remise gracieuse formées par les employeurs publics ainsi que des admissions en non-valeur en matière de contributions ;

Vu la demande du centre hospitalier d'Avignon du 19 octobre 2016 ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. Il est accordé au centre hospitalier d'Avignon une remise gracieuse partielle d'un montant de deux cents mille euros (200 000 €) portant sur la contribution due au FIPHFP au titre de l'exercice 2015.

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-01 du 23 mai 2017 relative à la demande de remise gracieuse formée par le centre hospitalier d'Avignon.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 10. Nombre de voix « Contre » : 5. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
M. Desjardins

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-02 du 23 mai 2017 portant sur la convention type entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les employeurs publics

NOR : *SSAX1730408X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36, 64, 97 et 98 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 16 et 18 ;

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution par voie conventionnelle des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif ;

Vu les délibérations n° 2011-03-04 du comité national du 31 mars 2011 et n° 2011-04-06 du comité national du 28 avril 2011 portant sur les conventions type et complémentaire ;

Vu la délibération n° 2012-09-05 du comité national du 4 septembre 2012 modifiant les conventions type et complémentaire ;

Vu la délibération n° 2013-10-03 du 11 octobre 2013 modifiant la convention type ou les conventions type et complémentaire ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La convention type entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les employeurs publics adoptée par la délibération n° 2013-10-03 est remplacée par le modèle présenté en séance ;

2. Les délibérations n°s 2011-03-04 du 31 mars 2011, 2011-04-06 du 28 avril 2011, 2012-09-05 du 4 septembre 2012 et 2013-10-03 du 11 octobre 2013 sur les avenants aux conventions passées avec les employeurs publics sont abrogées ;

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-02 du 23 mai 2017 portant sur la convention type entre le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique et les employeurs publics.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 dont 1 pouvoir. Abstentions : 5. Nombre de voix « Pour » : 11. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
M. Desjardins

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-03 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par la Caisse des dépôts et consignations à destination des personnes en situation de handicap

NOR : *SSAX1730409X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2007-05-06 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la dénomination des financements dont peuvent bénéficier les employeurs publics au titre de l'article 3 du décret visé ;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif ;

Vu la délibération n° 2016-12-02 du comité national du 13 décembre 2016 portant sur le budget du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2017 ;

Vu le projet présenté par la Caisse des dépôts et consignations ;

Vu le projet de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif à passer entre la Caisse des dépôts et consignations et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. De financer, pour un montant de un million quatre cent quatre-vingt-dix-neuf mille trois cent soixante-quinze euros (1 499 375 €), sous réserve de la disponibilité des fonds, les actions menées par la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre de son programme, conformément au projet visé de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif ;

2. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits d'intervention du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-03 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par la Caisse des dépôts et consignations à destination des personnes en situation de handicap.
Nombre de présents au moment de la délibération : 14. Votants : 15 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 14. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-04 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères à destination des personnes en situation de handicap

NOR : *SSAX1730410X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2007-05-06 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la dénomination des financements dont peuvent bénéficier les employeurs publics au titre de l'article 3 du décret visé ;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif ;

Vu la délibération n° 2016-12-02 du comité national du 13 décembre 2016 portant sur le budget du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2017 ;

Vu le projet présenté par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères ;

Vu le projet de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif à passer entre le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. De financer, pour un montant de 300 000 €, sous réserve de la disponibilité des fonds, les actions menées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères dans le cadre de son programme, conformément au projet visé de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif.

2. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits d'intervention du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-04 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères à destination des personnes en situation de handicap.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-05 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation à destination des personnes en situation de handicap

NOR : *SSAX1730411X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, et notamment ses articles 2, 3, 12 et 18 ;

Vu la délibération n° 2007-05-04 du comité national du 24 mai 2007 portant sur les modalités de dévolution des financements du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2007-05-06 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la dénomination des financements dont peuvent bénéficier les employeurs publics au titre de l'article 3 du décret visé ;

Vu la délibération n° 2007-05-07 du comité national du 24 mai 2007 portant sur la répartition des compétences en matière de décisions de financement entre le comité national, les comités locaux et le directeur de l'établissement public administratif ;

Vu la délibération n° 2016-12-02 du comité national du 13 décembre 2016 portant sur le budget du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique pour l'exercice 2017 ;

Vu le projet présenté par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation ;

Vu le projet de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif à passer entre le ministère de l'agriculture et de l'alimentation et le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. De financer, pour un montant de un million deux cent mille euros (1 200 000 €), sous réserve de la disponibilité des fonds, les actions menées par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation dans le cadre de son programme, conformément au projet visé de convention juridique proposé par le directeur de l'établissement public administratif ;

2. Les dépenses résultant de l'application de la présente délibération seront imputées sur les crédits d'intervention du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

3. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-05 du 23 mai 2017 portant sur la décision relative au financement d'actions menées par le ministère de l'agriculture et de l'alimentation à destination des personnes en situation de handicap.
Nombre de présents au moment de la délibération : 13. Votants : 14 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 0. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération nº 2017-05-06 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730412X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi nº 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret nº 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération nº 2016-11-01 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national du FIPHFP,

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération nº 2016-11-01 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est complétée comme suit :

« La commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est composée des membres suivants :

Pour les représentants des personnels

M. Hugues THIBAULT. »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération nº 2017-05-06 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des aides du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-07 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730413X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2016-11-02 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national du FIPHFP ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération n° 2016-11-02 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est complétée comme suit :

« La commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est composée des membres suivants :

Pour les représentants des personnels

M. Hugues THIBAULT. »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-07 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission des finances du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0 La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-08 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730414X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2016-11-03 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national du FIPHFP ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération n° 2016-11-03 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est complétée comme suit :

« La commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est composée des membres suivants :

Pour les représentants des personnels :

M. Hugues THIBAULT. »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel*, santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-08 du 23 mai 2017 portant composition de la commission du partenariat et de la communication du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP

Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération nº 2017-05-09 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730415X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi nº 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret nº 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération nº 2016-11-04 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national du FIPHFP ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération nº 2016-11-04 du 16 novembre 2016 portant composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est complétée comme suit :

« La commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est composée des membres suivants :

Pour les représentants des personnels

M. Hugues THIBAULT. »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération nº 2017-05-09 du 23 mai 2017 portant modification de la composition de la commission évaluation du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-10 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730416X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national modifié ;

Vu les articles 63 à 66 du règlement intérieur du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique du 7 novembre 2006 modifié ;

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération n° 2016-12-11 du 13 décembre 2016 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération n° 2016-12-11 du 13 décembre 2016 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique chargé d'élaborer des propositions d'évolution du règlement intérieur des comités locaux est complété en son 2, comme suit :

« Le groupe de travail du comité national est composé des membres suivants :
M. Hugues THIBAULT ; »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-10 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 dont 1 pouvoir. Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération nº 2017-05-11 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

NOR : *SSAX1730417X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi nº 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret nº 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu l'arrêté du 2 novembre 2016 portant nomination au comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu la délibération nº 2017-03-07 du 16 mars 2017 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu les articles 63 à 66 du règlement intérieur du 7 novembre 2006 modifié du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le règlement intérieur du comité national modifié ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. La délibération nº 2017-03-07 du 16 mars 2017 portant création et composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique, chargé de formuler des propositions aux pouvoirs publics sur la trajectoire financière du FIPHFP est complété en son 2 comme suit :

« Le groupe de travail du comité national est composé des membres suivants :

Au titre des membres du comité national

M. Hugues THIBAULT. »

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du FIPHFP et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération nº 2017-05-11 du 23 mai 2017 portant modification de la composition d'un groupe de travail du comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.
Nombre de présents au moment de la délibération : 15. Votants : 16 (dont 1 pouvoir). Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 15. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. DUGUET

Le directeur,
M. DESJARDINS

ADMINISTRATION

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES INDÉPENDANTES, ÉTABLISSEMENTS ET ORGANISMES

FIPHFP
Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique

Délibération n° 2017-05-12 du 23 mai 2017 portant définition pour le FIPHFP d'un seuil unitaire de signification d'immobilisation d'un bien dérogatoire au recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (arrêté du 1er juillet 2015)

NOR : *SSAX1730418X*

Le comité national du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique,

Vu la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, et notamment ses articles 26, 36 et 64 ;

Vu le décret n° 2006-501 du 3 mai 2006 modifié relatif au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique ;

Vu le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Vu l'arrêté du 1er juillet 2015 portant adoption du recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;

Après en avoir délibéré,

Décide :

1. En application des dispositions de l'arrêté du 1er juillet 2015 portant adoption du recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, le seuil unitaire de signification d'immobilisation d'un bien est fixé à 1 500,00 € (HT).

2. Le directeur du fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique est chargé de la mise en œuvre de la présente délibération, de sa diffusion à l'agent comptable et au contrôleur budgétaire du fonds et de sa publication au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Délibération n° 2017-05-12 du 23 mai 2017 portant définition pour le FIPHFP d'un seuil unitaire de signification d'immobilisation d'un bien dérogatoire au recueil des normes comptables applicables aux organismes visés aux alinéas 4 à 6 de l'article 1er du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique (arrêté du 1er juillet 2015).
Nombre de présents au moment de la délibération : 14. Votants : 15 dont 1 pouvoir. Abstentions : 1. Nombre de voix « Pour » : 14. Nombre de voix « Contre » : 0. La délibération est adoptée.

Fait le 23 mai 2017.

La vice-présidente,
A. Duguet

Le directeur,
M. Desjardins

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 19 juin 2017 portant nomination à l'Union nationale des professionnels de santé

NOR : *SSAS1730392A*

La ministre des solidarités et de la santé,
Vu le code de la santé publique ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 182-4, R. 162-54 et R. 182-3 et suivants ;
Vu la proposition de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes,

Arrête :

Article 1er

Mme Nathalie CHARBONNIER est nommée membre titulaire de l'Union nationale des professionnels de santé, en remplacement de Mme Laurence GUILLAUME, au titre des représentants de l'Organisation nationale syndicale des sages-femmes (ONSSF) et pour la période du mandat restant à courir.

Article 2

La directrice de la sécurité sociale et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 19 juin 2017.

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

Pour la directrice de la sécurité sociale :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
J. Bosredon

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 3 juillet 2017 portant nomination à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé

NOR : *SSAE1730406A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le décret n° 2010-804 du 13 juillet 2010 relatif aux missions de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ;

Vu l'arrêté du 15 novembre 2016 portant nomination à l'Observatoire national de la démographie des professions de santé,

Arrête :

Article 1er

Le professeur Patrice Diot, doyen de la faculté de médecine de Tours, est nommé pour une durée de trois ans président de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, en remplacement du professeur Isabelle Richard, démissionnaire.

Article 2

Le présent arrêté sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 3 juillet 2017.

La ministre des solidarités et de la santé,
Agnès Buzyn

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 9 juillet 2017 portant nomination du psychiatre référent national et de son adjoint

NOR : *SSAP1730466A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article R. 6311-32,

Arrête :

Article 1er

Mme le docteur Nathalie Prieto, psychiatre référent de la cellule d'urgence médico-psychologique régionale Auvergne-Rhône-Alpes, est nommée psychiatre référent national.

M. le docteur François Ducrocq, psychiatre référent de la cellule d'urgence médico-psychologique régionale des Hauts-de-France, est nommé adjoint au psychiatre référent national.

Article 2

Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 9 juillet 2017.

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

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 10 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales

NOR : *SSAH1730460A*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article D. 4381-3 ;

Vu le décret n° 2012-994 du 23 août 2012 relatif au Haut Conseil des professions paramédicales ;

Vu l'arrêté du 17 novembre 2015 portant nomination des membres du Haut Conseil des professions paramédicales,

Arrête :

Article 1er

L'article 1er de l'arrêté du 17 novembre 2015 susvisé est modifié comme suit :

1° Au II, Daniel CLAEYS, Syndicat national autonome des orthoptistes, est nommé en remplacement de Marie-Hélène ABADIE, Syndicat national autonome des orthoptistes (titulaire).

2° Au III, Béatrice FRECON, Fédération de l'hospitalisation privée, est nommée en remplacement d'Amélie PARAIRE, Fédération de l'hospitalisation privée (1er suppléant).

3° Au IV :

a) Simon TALAND, Syndicat national des infirmiers anesthésistes, est nommé en remplacement de Jean-Marc SERRAT, Syndicat national des infirmiers anesthésistes (2d suppléant) ;

b) Charles EURY, Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants, est nommé en remplacement de Sébastien COLSON, Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants (titulaire) ;

c) Anaïs VALENCAS, Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants, est nommée en remplacement de Charles EURY, Association nationale des puéricultrices(teurs) diplômé(e)s et des étudiants (2d suppléant).

Article 2

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

Fait le 10 juillet 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le chef du bureau RH2 de l'exercice, de la déontologie et du développement professionnel continu,
G. Boudet

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 29 juin 2017 fixant le montant des ressources d'assurance maladie dû au service de santé des armées au titre de l'activité déclarée au mois d'avril 2017

NOR : *SSAH1730400A*

Le ministre de l'action et des comptes publics et la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article L. 6147-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment l'article L. 162-22-7 ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment l'article 33 ;

Vu le décret n° 2007-46 du 10 janvier 2007 modifié portant dispositions budgétaires et financières relatives aux établissements de santé, notamment son article 8 ;

Vu le décret n° 2008-1528 du 30 décembre 2008 modifié relatif au financement des dépenses de soins dispensés aux assurés sociaux par le service de santé des armées, notamment son article 2 ;

Vu l'arrêté du 21 janvier 2009 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ;

Vu l'arrêté du 2 avril 2013 fixant la liste prévue à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

Vu l'arrêté du 13 mars 2017 fixant pour l'année 2017 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu les relevés d'activité transmis, pour le mois d'avril 2017, le 31 mai 2017, par le service de santé des armées,

Arrêtent :

Article 1er

Au titre de l'activité déclarée pour le mois d'avril 2017, la somme à verser par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale au service de santé des armées est arrêtée à 25 629 913,01 € :

1. 23 377 516,30 € au titre de la part tarifée à l'activité, se décomposant comme suit :

19 616 263,46 € au titre des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et de leurs suppléments ;
961,89 € au titre des forfaits « interruptions volontaires de grossesse » (IVG) ;
435 891,96 € au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
82 444,24 € au titre des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
3 241 954,75 € au titre des actes et consultations externes (ACE).

2. 1 367 227,86 € au titre des spécialités pharmaceutiques mentionnées aux articles L. 162-22-7 et L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale, se décomposant comme suit :

1 204 592,52 € au titre des « médicaments séjour » ;
162 635,34 € au titre des « médicaments ATU séjour ».

3. 885 168,85 € au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Article 2

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 15 472,63 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME).

Article 3

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 28 253,55 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins urgents (SU).

Article 4

La somme à verser par les caisses relais de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale est arrêtée à 225,66 € au titre de la valorisation de l'activité liée aux soins pour les détenus.

Article 5

Le présent arrêté est notifié au ministère des armées et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, pour exécution.

Article 6

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2017.

Pour la ministre des solidarités
et de la santé et par délégation :
Le sous-directeur de la régulation
de l'offre de soins,
S. Pratmarty

Pour le ministre de l'action
et des comptes publics et par délégation :
Le sous-directeur du financement
du système de soins,
T. Wanecq

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Direction générale de la santé

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

Direction générale
pour la recherche et l'innovation

Instruction interministérielle n° DGOS/DGS/DGRI/2017/204 du 15 juin 2017 relative à l'appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédiés aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur

NOR : *SSAH1717778J*

Validée par le CNP le 9 juin 2017. – Visa CNP 2017-74.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : appel à projets national pour la labellisation des centres de référence maladies rares (CRMR) dédiés aux maladies hémorragiques constitutionnelles, à la mucoviscidose et à la sclérose latérale amyotrophique et autres maladies du neurone moteur.

Mots clés : labellisation – maladies rares – établissement de santé – centre de référence – filière de santé – centre de ressources et de compétences – maladies hémorragiques constitutionnelles – SLA – mucoviscidose.

Références :

Code de la sécurité sociale, article L. 162-22-13 ;

Circulaire DGS/DH/DSS n° 097-142 du 24 février 1997 relative à l'organisation des soins aux hémophiles et aux patients atteints d'autres troubles héréditaires de la coagulation ;

Circulaire DGS/DHOS n° 2001-413 du 22 août 2010 relative au suivi national des personnes atteintes de maladies hémorragiques dues à des déficits héréditaires en protéines coagulantes et à l'organisation des centres de traitement de l'hémophilie ;

Circulaire DHOS/O/DGS/SD5/2001 n° 502 du 22 octobre 2001 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients atteints de mucoviscidose ;

Circulaire DHOS/O/DGS/SD5/DGAS n° 2002-229 du 17 avril 2002 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge des patients souffrant de sclérose latérale amyotrophique ;

2e Plan national maladies rares (2011-2016) ;

Instruction n° DGOS/PF2/2013/306 du 29 juillet 2013 relative à la structuration des filières de santé maladies rares ;

Instruction n° DGOS/PF4/11 du 11 janvier 2016 relative aux missions et périmètres des centres de référence maladies rares, centres de compétences et filières de santé dans le domaine des maladies rares ;

Rapport d'évaluation du volet recherche, 2e Plan national maladies rares 2011-2014, Haut Conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur, décembre 2015 ;

Rapport d'évaluation du 2e Plan national maladies rares, Haut Conseil de la santé publique, mai 2016.

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

I. – INTRODUCTION

Une maladie rare touche un nombre restreint de personnes, à savoir moins d'une personne sur 2 000 en population générale selon la définition retenue en Europe dans le cadre de la législation sur le médicament orphelin[1].

La clarification de la structuration de la prise en charge des maladies rares en France constitue un enjeu majeur du 2e Plan national maladies rares (PNMR), contribuant à la pérennisation de l'excellence française dans ce domaine, et sert de socle au 3e PNMR en cours d'élaboration.

La labellisation tend à actualiser la liste de ces CRMR. Elle vise à reconnaitre leurs sites coordonnateurs et leurs sites constitutifs. Elle est étendue aux centres de ressources et de compétences (CRC), qui se trouveront ainsi identifiés en lien avec leur CRMR de rattachement. Dans le cas des maladies hémorragiques constitutionnelles (MHC), ces derniers se substituent aux centres régionaux de traitement de l'hémophilie (CRTH) qui doivent être compétents pour chacune des trois pathologies identifiées.

Ainsi, un CRMR est ici défini comme un « réseau », comprenant un site coordonnateur, un ou plusieurs site(s) constitutif(s) le cas échéant, et un ou plusieurs CRC.

La présente procédure vise à labelliser 5 CRMR :

1 CRMR Mucoviscidose ;

1 CRMR Sclérose latérale amyotrophique (SLA) et autres maladies du neurone moteur ;

3 CRMR Maladies hémorragiques constitutionnelles (MHC) : 1 CRMR Hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation, 1 CRMR Maladie de Willebrand, 1 CRMR Pathologies plaquettaires constitutionnelles.

Au moment de la candidature, les qualifications et équipements requis par le présent appel à projets doivent exister.

Au terme de l'appel à projets, tout établissement de santé prétendant être éligible à un financement au titre des missions d'intérêt général (MIG) dédiées devra être le siège d'un site coordonnateur ou constitutif ou CRC d'un CRMR.

Pour chacun des CRMR, la filière de santé maladie rare (FSMR) concernée contribue à garantir un continuum entre les différents acteurs qui y sont impliqués, à échanger, mutualiser et fédérer toutes les actions qui contribuent à une meilleure prise en charge des personnes malades. Le dossier de candidature du CRMR doit comporter l'avis de la FSMR de rattachement, c'est-à-dire la FSMR recouvrant la maladie rare ou le groupe de maladies rares du CRMR candidat. Cet avis a un caractère consultatif.

II. – MODALITÉS DE SOUMISSION DES DOSSIERS ET SÉLECTION DES CANDIDATURES

A. – Modalités de soumission des dossiers

Tous les établissements de santé sont concernés par le présent appel à projets.

Un seul dossier de candidature par projet de CRMR doit être constitué. Il doit être composé comme suit :

– un volet de présentation générale du CRMR ;
– un volet pour le site coordonnateur ;
– un volet pour chaque site constitutif ;
– un volet pour chaque CRC.

Pour chaque candidature de CRMR, l'établissement siège du site coordonnateur candidat pilote l'ensemble de la réponse du CRMR et transmet par voie électronique uniquement le dossier complet de candidature de ce réseau à la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) dont il dépend.

Les pièces suivantes doivent être jointes au dossier :

– le dossier de candidature sous format Excel, à télécharger à l'adresse :
http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/maladies-rares/article/appel-a-projets-labellisation-crmr
– une cartographie du CRMR ;

[1] Règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins.

– un courrier co-signé médecin responsable – directeur d'établissement pour chaque site coordonnateur, site constitutif et CRC ;
– le CV au format court de chaque responsable de site (site coordonnateur, site[s] constitutif[s], CRC) ;
– la déclaration publique d'intérêt dûment complétée de chaque responsable de site coordonnateur ou constitutif ;
– le cas échéant, les lettres de soutien des associations de personnes malades ;
– l'avis consultatif de la FSMR concernée.

Les dossiers de candidatures sont à transmettre à la DGOS impérativement sous forme électronique, avant le :

14 septembre 2017, 23 h 59 à l'adresse DGOS-labellisation-CRMR@sante.gouv.fr

B. – Conditions de recevabilité des candidatures

Le respect des modalités de soumission des dossiers.

Un CRMR candidat a nécessairement un et un seul site coordonnateur.

Pour les maladies hémorragiques constitutionnelles, le site coordonnateur d'un CRMR ne peut être site constitutif d'un autre CRMR. De la même façon, un site ne peut pas être constitutif pour deux pathologies. Un site candidat pour devenir coordonnateur ou constitutif de l'un des trois CRMR peut également candidater comme CRC-MHC, s'il est compétent dans les deux autres pathologies. En effet, un CRC-MHC est obligatoirement rattaché aux 3 CRMR MHC et prend en charge les patients pour 3 groupes de pathologies concernés.

Un CRMR doit assurer l'ensemble des 5 missions des centres de référence, rappelées dans l'instruction ministérielle en date du 11 janvier 2016, et plus largement répondre aux critères définis dans cette instruction[2].

Chacun des sites (site coordonnateur, site[s] constitutifs, CRC) d'un CRMR candidat a obligatoirement une activité clinique[3], et doit être identifié comme unité fonctionnelle ou de gestion.

Chacun des sites (site coordonnateur, site[s] constitutifs, CRC) d'un CRMR candidat doit comprendre une équipe hospitalière assurant une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle.

Tous les sites du CRMR, dont les CRC, s'organisent pour permettre une réponse appropriée aux problèmes médicaux des patients 24 h/24, 7 j/7.

Tous les sites du CRMR Mucoviscidose doivent renseigner le registre français de la mucoviscidose. Tous les sites du CRMR MHC, dont les CRC-MHC, s'engagent à renseigner le registre France Coag.

Le CRMR s'appuie sur une organisation assurant une couverture nationale.

C. – Conditions d'éligibilité des candidatures

C.1. Organisation d'un CRMR

Si la candidature comprend un site constitutif en complément du site coordonnateur, il convient de justifier son existence :

– soit, il apporte une complémentarité d'expertise, de recours, de recherche ou de formation pour une ou des maladie(s) rare(s) ou une forme phénotypique particulière dans le périmètre du CRMR ;
– soit, il permet d'assurer la prise en charge pédiatrique ou adulte complémentaire de celle du site coordonnateur et de structurer ainsi la liaison pédiatrie-adulte ;
– soit, il a les mêmes activités d'expertise, de recours, de recherche ou de formation que le site coordonnateur mais la prévalence légitime son existence et l'organisation territoriale proposée.

C.2. Seuils d'activité

Pour garantir un haut niveau d'expertise et d'excellence dans la prise en charge des patients atteints de maladies rares en France, des seuils minimaux d'activité sont requis. Pour les missions de recours et de recherche, ils sont à considérer pour chaque pathologie concernée par la candi-

[2] Chacun des sites d'un CRMR (site coordonnateur, site[s] constitutif[s], CRC) assure les missions qui lui incombent selon les termes de l'instruction du 11 janvier 2016.

[3] On entend par « activité clinique » la prise en charge des patients et le suivi tout au long de leur maladie.

dature (mucoviscidose ou SLA ou hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation ou maladie de Willebrand ou pathologies plaquettaires constitutionnelles). Chacun des sites composant un CRMR doit respecter les seuils d'activité qui lui sont applicables.

La mission de recours est valorisée par les consultations et/ou hospitalisations de jour (HDJ), la file active, les programmes d'éducation thérapeutiques (ETP) autorisés par l'ARS et par les partenariats avec l'Outre-mer. Des seuils minimum sont fixés pour cette mission.

Pour les candidatures concernant la mucoviscidose

Des seuils minimum sont fixés pour cette mission : un site coordonnateur doit comptabiliser au minimum 300 consultations médicales et/ou hospitalisations de jour (HDJ) par an concernant directement la mucoviscidose ET avoir une file active[4] de 150 patients au minimum. Un site constitutif doit comptabiliser au minimum 150 consultations médicales et/ou HDJ ET avoir une file active de 75 patients minimum concernant directement la mucoviscidose.

Pour les candidatures concernant la SLA et autres maladies du neurone moteur

Des seuils minimum sont fixés pour cette mission : un site coordonnateur doit comptabiliser au minimum 400 consultations médicales et/ou hospitalisations de jour (HDJ) par an concernant directement la SLA ET avoir une file active[4] de 200 patients au minimum. Les mêmes seuils s'appliquent à un site constitutif.

Pour les candidatures concernant l'hémophilie et autres déficits constitutionnels en protéines de la coagulation ou de la maladie de Willebrand

Un site coordonnateur doit comptabiliser au minimum 600 consultations médicales et/ou hospitalisations de jour (HDJ) par an, ET avoir une file active[4] de 400 patients au minimum, ET avoir effectué au moins 200 visites dans le registre France Coag sur l'année 2015.

Un site constitutif doit comptabiliser au minimum 450 consultations médicales et/ou HDJ, ET avoir une file active de 300 patients minimum, ET avoir effectué au moins 150 visites dans le registre France Coag sur l'année 2015.

Pour les candidatures concernant les pathologies plaquettaires constitutionnelles

Un site coordonnateur doit comptabiliser au minimum 400 consultations médicales et/ou hospitalisations de jour (HDJ) par an, ET avoir une file active[4] de 200 patients au minimum.

Un site constitutif doit comptabiliser au minimum 150 consultations médicales et/ou HDJ, ET avoir une file active de 100 patients minimum.

La mission de recherche est valorisée au travers des activités d'investigation (en tant qu'investigateur coordonnateur et/ou de participation à des projets de recherche (en lien direct avec le domaine d'expertise du CRMR concerné), de publications (liées aux projets de recherche en lien direct avec le domaine d'expertise du CRMR concerné).

Des seuils minimum sont fixés pour cette mission : un site coordonnateur doit être investigateur principal pour, au minimum, deux projets de recherche clinique ou fondamentale financés au cours des 5 dernières années, en lien direct avec le domaine d'expertise du CRMR concerné. Un site constitutif doit être investigateur principal pour, au minimum, un projet de recherche clinique ou fondamentale financé au cours des 5 dernières années, en lien direct avec le domaine d'expertise du CRMR concerné.

La mission d'expertise n'est pas soumise à des seuils minimaux. Elle est valorisée par l'élaboration et/ou contribution à l'élaboration de guides de bonnes pratiques, protocoles nationaux de diagnostic et de soins (PNDS), l'implication dans des groupes de travail nationaux, européens ou internationaux (guidelines, bases de données, etc.), la participation à la mise en place de la banque nationale de données maladies rares (BNDMR).

La mission d'enseignement et de formation n'est pas soumise à des seuils minimaux. Elle est notamment valorisée par les enseignements dans le cadre de diplômes universitaires (DU) ou interuniversitaires (DIU).

La mission de coordination n'est pas soumise à des seuils minimaux. Elle est valorisée par la mise en place et l'animation d'un réseau de soins et l'organisation de la prise en charge médico-sociale par le site coordonnateur (notamment, la communication, l'élaboration et la mise en œuvre

[4] La file active correspond au nombre de patients vus en consultation ou en hospitalisation de jour au moins une fois dans l'année.

d'un plan d'actions et les liens avec la FSMR) ; les sites constitutifs participent à cette mission. Cette mission est également valorisée par les actions réalisées avec les associations de personnes malades qui doivent être décrites.

C.3. Centres de ressources et de compétences (CRC)

Pour la mucoviscidose

Un CRCM rattaché au CRMR doit avoir une file active d'au moins 50 patients et une expertise reconnue par le coordonnateur. Les CRCM participent à la mission de coordination du CRMR, ceci relativement aux réseaux de soins, formalisés ou non, qu'ils animent. Ils ont pour but l'amélioration du pronostic et de la qualité de vie des malades en privilégiant le maintien à domicile et en organisant la continuité de soins de qualité de l'hôpital à la ville.

Pour la SLA et autres maladies du neurone moteur

Un CRC rattaché au CRMR doit avoir une file active d'au moins 50 patients et une expertise reconnue par le coordonnateur. Les CRC participent à la mission de coordination du CRMR. Ils ont pour but l'amélioration du pronostic et de la qualité de vie des malades en privilégiant le maintien à domicile et en organisant la continuité de soins de qualité de l'hôpital à la ville.

Pour les maladies hémorragiques constitutionnelles

Un CRC rattaché à un CRMR doit comptabiliser au minimum 150 consultations et/ou hospitalisations de jour (HDJ) par an, ET avoir une file active d'au moins 100 patients sur les 3 pathologies prises en charge, ET avoir effectué au moins 50 visites dans le registre France Coag sur l'année 2015. Leur expertise reconnue par les coordonnateurs des CRMR de rattachement.

Néanmoins, par exception, la candidature d'un CRC n'atteignant pas les seuils définis ci-dessus pourra être examinée s'il justifie de la nécessité motivée d'un maillage territorial spécifique.

Pour les 3 CRMR, dans le cadre d'un maillage territorial adéquat, les CRC participent à la mission de coordination des structures d'appui et de proximité – et notamment des centres de traitement des MHC – qu'ils devront décrire dans le dossier de candidature.

D. – Évaluation des candidatures

L'évaluation des candidatures sera appréciée dans un premier temps par un groupe d'experts composés de 3 membres. Elle sera effectuée à l'aide d'une grille d'évaluation portant sur les différentes missions des CRMR et des CRC qui leur sont rattachés.

Chaque groupe d'experts sera composé de (I) un clinicien dans le domaine des maladies rares, (II) un chercheur ou enseignant-chercheur et (III) un référent dans l'organisation des parcours de soins.

La DGOS, la DGS et la DGRI réuniront ensuite un jury composé de 10 membres : un président et un vice-président, lesquels sont à la fois cliniciens et enseignants-chercheurs, un directeur d'hôpital, un représentant des ARS, un doyen de faculté de médecine, un membre du Haut conseil de la santé publique (HCSP), un membre du Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (HCERES), un représentant d'association de personnes malades et deux animateurs de FSMR.

Les membres du jury concernés par une candidature de CRMR ou impliqués dans la FSMR concernée ne participeront pas aux délibérations et ne se prononceront sur aucune candidature rattachée à la FSMR.

Chaque expert ou membre du jury remettra à la DGOS sa déclaration publique d'intérêts dûment complétée avant de participer aux réunions.

La DGOS assurera le secrétariat de ce jury.

Le jury pourra ne pas retenir en l'état une candidature de CRMR et formuler une proposition de réorganisation à la DGOS.

E. – Décision de labellisation, de suivi et de renouvellement

La décision de labellisation des CRMR sera prise par la DGOS, en accord avec la DGS et la DGRI. La labellisation sera valable 5 ans.

L'instruction n° DGOS/PF4/11 du 11 janvier 2016 relative aux missions et périmètres des CRMR, CCMR et FSMR détaille certaines procédures en vigueur quant au suivi des modifications pouvant intervenir durant cette période.

Des modalités de suivi seront mises en place.

Le non-respect de ces modalités de suivi par le CRMR labellisé ou, par l'un de ses sites, pourra entraîner la suspension provisoire ou définitive de tout ou partie du financement, voire le retrait de la labellisation.

F. – Notification, publication et diffusion

Les décisions seront notifiées aux établissements sièges des différents sites du CRMR (site coordonnateur, site[s] constitutif[s], CRC).

Un arrêté détaillant la liste des sites reconnus sera publié.

G. – Modalités de financement

Les établissements sièges des sites coordonnateur et constitutif(s) des CRMR et des CRC labellisés sont éligibles à une mission d'intérêt général (MIG) dédiée.

Pour les ministres et par délégation :

La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courrèges

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

Le directeur général de la recherche
et de l'innovation,
A. Beretz

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins (SD-PF)

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Note d'information n° DGOS/PF2/2017/212 du 26 juin 2017 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes

NOR : *SSAH1718727N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 22 juin 2017. – N° 64.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente note a pour objet d'informer les ARS et les établissements concernés de la liste des structures labellisées par la direction générale de l'offre de soins pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes à compter du 1er juillet 2017 et jusqu'au 31 décembre 2022.

Mots clés : infection ostéo-articulaire – labellisation – référence – cahier des charges.

Références :

Circulaire DHOS/F2/F3/DSS/1A n° 2008-356 du 8 décembre 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé ;

Instruction n° DGOS/PF2/2010/466 du 27 décembre 2010 relative au dispositif de prise en charge des IOA complexes ;

Instruction n° DGOS/PF2/2016/355 du 29 novembre 2016 relative au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires complexes.

Annexes :

Annexe 1. – Tableau des structures candidates labellisées et non labellisées au 1er juillet 2017.

Annexe 2. – Lettre d'engagement et de recueil d'informations des CRIOA labellisés.

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

L'instruction n° DGOS/PF2/2016/355 du 29 novembre 2016 a mis en place le renouvellement du dispositif des centres de référence pour la prise en charge des infections ostéo-articulaires (IOA) complexes (CRIOA). Un cahier des charges revu a été proposé, un dossier de candidature a été fourni afin d'être renseigné par les structures candidates et retourné à la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS) accompagné de votre avis. Un jury composé de représentants des CRIOA, des ARS et du LIEN a proposé le 17 mai 2017 à la DGOS son avis sur les candidatures reçues.

Le tableau qui vous est fourni en annexe 1 reprend la liste des candidatures retenues par la DGOS, classées par type de CRIOA – coordonnateur ou correspondant, selon la définition de l'instruction du 29 novembre 2016 et de son annexe 2 « cahier des charges ». Cette liste sera transmise

à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour mise en œuvre de l'autorisation UM30[1]. Les candidatures non retenues sont également indiquées pour information des établissements concernés.

Pour rappel les éléments suivants, mentionnés dans l'instruction ci-dessus, ont été considérés en priorité par le jury pour former sa décision :

- une activité minimale de 100 séjours chirurgicaux pour IOA, par an ;
- des sessions de RCP[2] au moins bi-mensuelles soit 22 sessions minimum par an ;
- la mesure spécifique de la satisfaction des patients pris en charge pour IOA ;
- pour les CRIOA coordonnateurs, réalisation effective de leurs missions de coordination, orientation, animation, information, et enseignement-recherche ;
- unicité de l'équipe pluridisciplinaire et du site chirurgical orthopédique (les FINESS géographiques du ou des sites retenus sont mentionnés en annexe 1).

Pour certaines structures, le jury a accepté une labellisation dérogatoire et temporaire[3] sous condition de mise en conformité. Les éléments à améliorer en priorité sont signalés dans l'annexe 1 et sont à transmettre pour leur information aux établissements concernés. Cette labellisation dérogatoire ne pourra pas être maintenue après 18 mois si les améliorations demandées n'ont pas été mises en place et constatées.

À l'exception des labellisations temporaires qui sont soumises à confirmation, les CRIOA retenus sans réserve sont labellisés jusqu'au 31 décembre 2022. La lettre d'engagement et de recueil d'informations fournie en annexe 2 est à communiquer aux établissements labellisés. Ils devront la retourner à la DGOS sous le présent timbre, signée par le responsable médical du CRIOA et par le directeur de l'Établissement de santé, afin de valider leur labellisation.

Nous vous remercions de nous tenir informé de toute difficulté rencontrée dans la prise en compte et dans la diffusion des présentes informations.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courrèges

[1] L'autorisation d'unité médicale 30 caractérise les CRIOA éligibles aux tarifs majorés pour IOA complexe.

[2] Réunions de concertation pluridisciplinaires, validées dans le système d'information national des CRIOA.

[3] Par exemple pour des établissements dont la localisation géographique concourt à la couverture du territoire, mais qui ne satisfont pas aujourd'hui à l'ensemble des critères du cahier des charges.

ANNEXE 1

TABLEAU DES STRUCTURES CANDIDATES LABELLISÉES ET NON LABELLISÉES AU 1er JUILLET 2017

Candidatures retenues par la DGOS après avis du jury de sélection.

La labellisation est effective du 1er juillet 2017 au 31 décembre 2022 sauf pour les labellisations avec réserve (R) ou avec suivi (S) sous 18 mois.
Pour les établissements labellisés sous réserve (R)* [Lariboisière (AP-HP), Grenoble et Nice], la labellisation est temporaire et conditionnée à la mise en conformité obligatoire sous 18 mois. Les établissements labellisés avec suivi (S) peuvent en cas de non-conformité après 18 mois, voir leur dotation MIG diminuer (*cf.* annexe 2)
Les établissements nouvellement labellisés sont en **gras**.

Les coordonnées complètes des CRIOA labellisés seront portées sur la page dédiée du site internet du ministère à l'adresse http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/infections-osteo-articulaires/article/infections-osteo-articulaires-complexes

Région Ile-de-France

Etablissement	Finess géographique	Responsable médical	CRIOA correspondant coordonné par	Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois
GH Diaconesses –Croix Saint Simon	750150237	Dr. S. Marmor	(coordonnateur)	-
AP-HP Lariboisière*	750100042	Pr. A.C. Crémieux	GH DCSS	**R : Mise en conformité au cahier des charges (activité en nombre de séjours IOA, nombre de sessions de RCP)**
AP-HP Pitié	750100125	Dr. S. Jaurréguibéry	GH DCSS	-
AP-HP A. Paré	920100013[1]	Pr. T. Bauer	(coordonnateur)	
AP-HP Cochin	750100166	Pr. Y. Allanore	A. Paré	-
CH Versailles	780800256	Dr. Ph. Boisrenoult	A. Paré	-

[1] La labellisation est restreinte au seul site de Boulogne.

Les candidatures de Beaujon, Béclère, HEGP, Villeneuve St Georges et R. Debré ne sont pas retenues. Par ailleurs il est recommandé que les prises en charges pédiatriques soient réalisées avec l'appui d'un CRIOA labellisé adulte.

Régions Bourgogne-Franche Comté et Grand Est

Etablissement	**Finess géographique**	**Responsable médical**	**CRIOA correspondant coordonné par**	**Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois**
CHU Nancy	540000163 CCEG et 540001138 CHU	Pr. D. Mainard	(coordonnateur)	S : Part d'IOA complexes à augmenter, intégration inter-régionale à améliorer[2].
CHU Besançon	250006954	Dr. G. Leclerc	CHU Nancy	S : Mesure de la satisfaction des patients à mettre en place
CHU Reims	510004302	Pr. F. Bani-Sadr	CHU Nancy	S : Intégration à réaliser au sein du réseau inter-régional des CRIOA
HUS	670009109	Dr C. Ronde-Oustau	CHU Nancy	S : Conformité du nombre de sessions de RCP impérative.

Région Auvergne-Rhône Alpes

Etablissement	**Finess géographique**	**Responsable médical**	**CRIOA correspondant coordonné par**	**Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois**
HCL	690784152 CroixRousse et 690784137 LyonSud	Pr T. Ferry	(coordonnateur)	S : Une unité septique identifiée doit être constituée
CHU Clermont-Ferrand	630780989	Pr O. Lesens	HCL	-
CHU Saint Etienne	420784878	Dr C. Cazorla	HCL	-
CHU Grenoble*	380780080	Dr P. Pavese	HCL	**R : Mise en conformité au cahier des charges (unicité du site orthopédique septique, nombre de sessions de RCP)**

[2] Il est de plus demandé qu'une information de suivi soit réalisée et communiquée à la DGOS, concernant la réunification effective des 2 sites opératoires (CHU, CCEG).

Régions Hauts-de-France et Normandie

Etablissement	Finess géographique	Responsable médical	CRIOA correspondant coordonné par	Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois
CHU Lille et CH Tourcoing	590796975 Salengro et 590804696 Tourcoing	Pr E. Senneville	(coordonnateur)	-
CHU Amiens	800000192	Dr B. Brunschweiler	Lille-Tourcoing	-
CHU Rouen	760000158	Dr M. Etienne	Lille-Tourcoing	-
CHU Caen	140000209	Pr R. Verdon	Lille-Tourcoing	-

Les 4 établissements labellisés doivent généraliser ou mettre en place la mesure de la satisfaction des patients IOA.

Régions Bretagne, Centre Val-de-Loire, Pays de la Loire et Nouvelle-Aquitaine

Etablissement	Finess géographique	Responsable médical	CRIOA correspondant coordonné par	Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois
CHU Rennes	350000741	Dr C. Arvieux	(coordonnateur)	-
CHU Brest	290004324	Pr E. Stindel	Rennes	-
CHU Angers	490000031	Dr P. Abgueguen	Rennes	-
CHU Tours	370004467	Pr L. Bernard	(coordonnateur)	-
CHU Nantes	440000289	Dr S. Touchais	Tours	-
CHU Poitiers	860000223	Pr F. Roblot-Cazenave	Tours	-

Le CRIOA correspondant de Tours reste associé au CRIOA coordonnateur de Tours. Les 6 CRIOA devront mieux identifier leur activité individuelle, indépendamment de celle du groupement CRIOGO.

Régions Nouvelle Aquitaine et Occitanie

Etablissement	Finess géographique	Responsable médical	CRIOA correspondant coordonné par	Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois
CHU Bordeaux	330781360	Dr F.A. Dauchy	(coordonnateur)	-
CHU Limoges	870000064	Dr F. Fiorenza	Bordeaux	S : Activité en séjours à augmenter de 50%, temps d'infectiologue à augmenter au-delà de 0,4 ETP
CHU Toulouse	310783048	Pr P. Delobel	Bordeaux	-

Les candidatures du CHU de Montpellier et de l'Hôpital Joseph Ducuing ne sont pas retenues.

Régions PACA et Occitanie

Etablissement	Finess géographique	Responsable médical	CRIOA correspondant coordonné par	Réserves à corriger ou suivi à assurer sous 18 mois
AP-HM	130786049 (La Timone)	Pr A. Stein	(coordonnateur)	S : Regrouper sites et équipes. Les activités de coordination sont à relancer impérativement dans l'inter-région avec Nîmes et Nice
CHU Nîmes	300782117	Pr A. Sotto	AP-HM	-
CHU Nice*	060785003 Pasteur2 060789195 L'archet	Pr C. Trojani	AP-HM	**R : Regrouper les 2 sites ou choisir entre les deux, créer un secteur septique unique, mettre en conformité le nombre de sessions de RCP et mesure satisfaction des patients**

Le CHU de Nîmes est rattaché à l'AP-HM.
La candidature du CH Hyères n'est pas retenue.

ANNEXE 2

LETTRE D'ENGAGEMENT ET DE RECUEIL D'INFORMATIONS DES CRIOA LABELLISÉS

Missions essentielles d'un CRIOA

Tous les CRIOA doivent être conformes au cahier des charges publié avec l'instruction du 19 novembre 2016. En particulier ils doivent assurer :

- une prise en charge pluridisciplinaire associant *a minima* chirurgie orthopédique, infectiologie, microbiologie ;
- la tenue au moins bimensuelle (soit 22/an) de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) respectant le quorum et utilisant le système d'information national des centres IOA ;
- la mise en place d'une mesure spécifique de la satisfaction des patients IOA.

Les CRIOA coordonnateurs garantissent avec l'appui de leurs CRIOA correspondants une attractivité homogène sur leur territoire de recrutement et déploient des moyens en conséquence.

Les CRIOA coordonnateurs réalisent des missions d'orientation des patients, d'animation, de coordination des acteurs (d'amont, d'aval, de ville) de leur territoire de recrutement et de délivrance d'avis (expertise). De plus ils participent à l'enseignement et à la recherche en matière d'IOA.

La non-conformité au cahier des charges peut avoir pour conséquence une suspension de la labellisation (labellisations temporaires avec réserve) ou, si certaines des missions ne sont pas réalisées, une diminution à proportion de la dotation MIG.

Rapport d'activité annuel

Les CRIOA labellisés reçoivent une dotation MIG et à ce titre s'engagent à rendre compte de la réalisation de leurs missions. Ils renseignent annuellement un rapport d'activité selon un modèle proposé par la DGOS. Ces rapports sont colligés par les CRIOA coordonnateurs puis transmis aux ARS de rattachement pour information, et à la DGOS.

RCP et système d'information national

Les CRIOA labellisés doivent utiliser les outils mis à leur disposition par le Ministère chargé de la santé et notamment le système d'information (SI) national de gestion des RCP[1]. Ils contribuent à la constitution de la base de données nationale des CRIOA. Ils participent à l'amélioration du SI et de la fiche RCP. Ils sont invités à rapporter toute difficulté ou anomalie *via* leur administrateur local en CRIOA coordonnateur.

Études, recherches, publications

Toute proposition d'étude ou de recherche mettant en œuvre la base de données nationale des CRIOA (au-delà du seul périmètre des données collectées par un centre coordonnateur et ses centres correspondants) doit être soumise au comité scientifique (CS) créé sous l'égide de la DGOS et représentatif des CRIOA coordonnateurs. Le CS examine la proposition et décide en conséquence des autorisations d'accès à la base de données nationale.

Le CS peut aider à la conception ou à la construction des études, y compris éventuellement à l'adaptation de la fiche RCP pour le recueil de données prospectives *ad hoc*.

Le CRIOA promoteur de l'étude ou de la recherche fait son affaire des formalités réglementaires auprès du comité de protection de personnes, de la CNIL, des déclarations auprès de registres, etc. Les CRIOA et le CS peuvent bénéficier de l'assistance d'un conseiller en matière de formalités CNIL, rémunéré par la DGOS.

Avant toute publication sur leur étude ou sur leur recherche, et notamment en cas de collaboration industrielle, les CRIOA s'engagent à se mettre en relation avec les services compétents de leur organisme de recherche de rattachement et d'en informer la DGOS, afin que la protection et la valorisation des résultats obtenus soit effectuées selon les règles en vigueur.

Les CRIOA s'engagent à respecter les règles communes édictées par le CS et relatives aux publications issues des recherches et études réalisées à partir de la base de données nationale.

[1] Ce SI a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (délibération 2012-220 du 5/07/2012). Le responsable du traitement des données est l'AP-HM.

Éléments d'identification du CRIOA

Les informations qui suivent sont destinées à renseigner l'annuaire des CRIOA figurant sur le site du ministère de la santé et repris sur le site santé.fr

Nom de l'hôpital et du service hébergeant le site labellisé (si deux sites ont été labellisés indiquer le site du CRIOA principal, *celui qui accueille les patients*) : Adresse géographique du CRIOA pour l'accueil des patients : Téléphone dédié du CRIOA et horaires de permanence : Adresse mail dédiée du CRIOA (éviter les adresses personnelles) : Nom de la personne dédiée pour le secrétariat : Adresse mail du secrétariat : Site internet du CRIOA (le cas échéant)

FINESS géographique du ou des sites labellisés (exemple : Croix Rousse): FINESS juridique de l'établissement (exemple HCL) :

Titre, nom, prénom, spécialité du **médecin coordonnateur et responsable** du CRIOA (il est unique) : e-mail (ne sera pas publié) : Titre, nom, prénom, spécialité du **référent orthopédiste** du CRIOA (il est unique) :

e-mail (ne sera pas publié) : Titre, nom, prénom, spécialité du **référent infectiologue** du CRIOA (il est unique) : e-mail (ne sera pas publié) : Titre, nom, prénom, spécialité du **référent microbiologiste** du CRIOA (il est unique) : e-mail (ne sera pas publié) :

Visas :
Le directeur général de l'établissement *Le médecin coordonnateur du CRIOA*

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
de la performance des acteurs
de l'offre de soins

Bureau systèmes d'informations
des acteurs de l'offre de soins

Note d'information n° DGOS/PF5/2017/213 du 26 juin 2017 relative à la formation des personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale (ONC) 2017 pour le contrôle des données surles indicateurs du programme Hôpital numérique visant à améliorer la qualité et la sécurité des soins *via* les ou systèmes d'information

NOR : *SSAH1718731N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 22 juin 2017. – N° 65.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : le volet « financement » du programme a été lancé en juin 2013 et comporte une enveloppe de 400 M€ d'aides programmées. Il a pour objectif de cibler le soutien financier sur les domaines prioritaires et de récompenser l'utilisation effective du SIH par les professionnels de santé. Il repose principalement sur un financement à l'usage par les crédits d'aide à la contractualisation (AC).

Dans le cadre du dispositif d'incitation financière à la qualité (IFAQ), certains résultats des indicateurs Hôpital numérique sont repris sur la thématique spécifique de l'informatisation pour les établissements de santé MCO, HAD et SSR. Dès 2016, les indicateurs Hôpital numérique rendus obligatoires à la saisie sur l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS) dans le cadre du dispositif IFAQ sont les indicateurs portant sur les prérequis et les domaines fonctionnels D2 « Dossier patient informatisé et interopérable (DPII) et communication extérieure » et D3 « Prescription électronique alimentant le plan de soins ».

Dans ce contexte, une orientation nationale de contrôle s'applique aux indicateurs du programme Hôpital numérique remontés par les établissements bénéficiant d'un financement mais également tous les établissements MCO, HAD et SSR ayant saisi les indicateurs Hôpital numérique sur l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS).

Ce dispositif de contrôle a pour objectif de vérifier la véracité des données déclarées par les établissements concernant l'atteinte des trois prérequis et des cibles d'usage du (des) domaine(s) fonctionnel(s) du socle commun pour lequel il a été sélectionné par la mission d'inspection et de contrôle.

La DGOS a défini une grille de contrôle à utiliser ainsi qu'un guide de contrôle des indicateurs Hôpital numérique. Ces outils seront présentés aux personnels des ARS chargés des inspections lors d'une formation.

La formation s'adresse aux personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale 2017 pour le contrôle des données sur les indicateurs du programme Hôpital numérique.

Le périmètre des contrôles de l'année 2017 porte sur les 12 indicateurs des trois prérequis et les indicateurs des cibles d'usage du (des) domaine(s) fonctionnel(s) du socle commun pour lesquels l'établissement a été sélectionné.

Deux types de formation seront donnés :

– initiale : pour les personnels des ARS chargés des inspections n'ayant pas encore suivi la formation ou souhaitant une remise à niveau ;

– approfondissement : pour les personnels des ARS chargés des inspections ayant suivi la formation initiale et ayant déjà réalisé des inspections.

Mots clés : inspection – contrôle – formation – programme Hôpital numérique – IFAQ.

Références :

Décret n° 2015-1866 du 31 décembre 2015 relatif au financement de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;

Arrêté du 3 mai 2016 fixant la liste des indicateurs obligatoires pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et les conditions de mise à disposition du public de certains résultats par l'établissement de santé ;

Arrêté du 5 août 2016 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé en application de l'article L. 162-22-20 ;

Instruction n° DGOS/PF/MSIOS/2013/225 du 4 juin 2013 relative au lancement opérationnel du volet financement du programme Hôpital numérique ;

Instruction n° DGOS/PF5/2016/146 du 10 mai 2016 relative au pilotage du volet financement du programme Hôpital numérique.

Annexe 1 : bulletin d'inscription pour la formation « Contrôle des données sur les indicateurs du programme Hôpital numérique ».

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

1. **Le programme hôpital numérique**

Le programme Hôpital numérique vise l'ensemble des établissements de santé du champ sanitaire et a notamment pour ambition de les amener à un palier de maturité de leurs systèmes d'information liés aux processus de soins.

L'atteinte de ce palier permettra aux établissements de santé :

– le partage et l'échange d'informations autour d'une prise en charge coordonnée du patient avec les différents acteurs du territoire ;

– l'amélioration significative de la qualité et de la sécurité des soins, et de la performance dans des domaines fonctionnels prioritaires autour de la production de soins tout en assurant la sécurité des données.

Le palier de maturité des systèmes d'information est composé :

– de domaines constituants les « prérequis » :
  – identités – mouvements, fiabilité – disponibilité, confidentialité,

– de domaines fonctionnels, au nombre de cinq :
  – les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie, le dossier patient informatisé et interopérable, la prescription électronique alimentant le plan de soins, la programmation des ressources et l'agenda du patient, le pilotage médico-économique.

Pour l'atteinte de ce palier de maturité minimum (socle), un plan d'actions est mis en œuvre. Ce plan d'actions s'appuie sur un ensemble de leviers (gouvernance, compétences, offre industrielle, financement), dont le volet financement définit les conditions d'attribution de soutiens financiers conditionnés à l'atteinte de cibles d'usage.

2. **Le volet financement du programme hôpital numérique**

Le volet « financement » du programme a été lancé en juin 2013 et comporte une enveloppe de 400 M€ d'aides programmées. Il a pour objectif de cibler le soutien financier sur les domaines prioritaires et de récompenser l'utilisation effective du SIH par les professionnels de santé. Il repose principalement sur un financement à l'usage par les crédits d'aide à la contractualisation (AC), c'est-à-dire que les établissements ne percevront les financements qu'une fois les systèmes d'information mis en œuvre et effectivement utilisés sur l'ensemble de l'établissement. Un financement minoritaire à hauteur de 20 % de l'enveloppe régionale, en FMESPP, pour l'amorçage des projets est également prévu.

L'attribution des soutiens financiers est réalisée selon les objectifs suivants :

- conditionner le financement à l'atteinte d'objectifs connus et partagés ;
  - les financements sont versés *a posteriori* aux seuls établissements pouvant justifier de l'atteinte de cibles précises en matière d'usage ;
- limiter les coûts des projets en attribuant un soutien financier fixé par domaine indépendamment du montant engagé par l'établissement pour la réalisation du projet ;
  - les soutiens financiers sont déterminés forfaitairement selon l'activité des établissements et le(s) domaine(s) couverts. Les montants sont connus à l'avance et les modalités de calcul transparentes. Ils varient entre 37 k€ et 3.4 millions d'euros ;
- répartition équitable sur le territoire ;
  - les régions disposent d'une enveloppe régionale déterminée en fonction de l'activité des établissements de leur région. Le respect d'un équilibre dans la sélection des établissements, en ce qui concerne les statuts d'établissements et les activités, est préconisé.

3. **L'incitation financière à la qualité (IFAQ)**

Le programme IFAQ est inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2015 qui a créé un financement spécifique dont l'objectif est d'inciter à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour les établissements de santé financés à l'activité.

Le décret n° 2015-1866, paru le 31 décembre 2015, détermine les conditions d'éligibilité des établissements de santé à un financement complémentaire et précise les modalités de détermination du montant de cette dotation. Il est suivi de l'arrêté du 3 mai 2016, fixant la liste des indicateurs obligatoires par champs d'activité (MCO, HAD, SRR, PSY, SLD), et en distinguant pour le MCO et l'HAD, si ces indicateurs sont obligatoires pour la diffusion publique et/ou pour le calcul de la dotation complémentaire IFAQ, et de l'arrêté du 5 août 2016 fixant les modalités de calcul du montant de la dotation allouée aux établissements de santé.

Ce programme a pour objectifs :

- une prise en compte de la qualité des prises en charge dans le mode de financement des établissements de santé ;
- une incitation à l'amélioration de la qualité pour faire progresser le niveau de qualité souhaité, et en établir les standards futurs, par :
  - la conception d'un modèle d'évaluation de la qualité des établissements à partir des indicateurs qualité généralisés ;
  - la simulation d'une valorisation financière en lien avec cette évaluation.

La construction du score IFAQ et de la rémunération transforme les résultats des indicateurs en nombre de points, agrège les résultats pour obtenir un « score établissement » et convertit ces points en paiement.

Dans ce cadre, les indicateurs Hôpital Numérique sont pris en compte dans le calcul du montant de la dotation complémentaire à savoir les indicateurs des prérequis et des domaines fonctionnels D2 « Dossier Patient Informatisé et Interopérable (DPII) et communication extérieure » et D3 « Prescription électronique alimentant le plan de soins ».

4. **L'orientation nationale de contrôle 2017**

Dans ce contexte, une orientation nationale de contrôle 2017 s'applique aux indicateurs du programme Hôpital numérique remontés par les établissements bénéficiant d'un financement mais également tous les établissements MCO, HAD et SSR ayant saisi les indicateurs Hôpital Numérique sur l'observatoire des systèmes d'information de santé (oSIS).

Ce dispositif de contrôle a pour objectif de vérifier la véracité des données déclarées par les établissements concernant l'atteinte des trois prérequis et des cibles d'usage du (des) domaine(s) fonctionnel(s) du socle commun pour lequel il a été sélectionné par la mission d'inspection et de contrôle. Le nombre de jours nécessaires à la mission d'inspection par la mission d'inspection et de contrôle a été estimé à 2 jours par inspecteur.

Le champ de l'inspection pour l'année 2017 porte sur les établissements sélectionnés en 2016 et 2017 mais également tous les établissements MCO, HAD et SSR ayant saisi les indicateurs Hôpital Numérique sur oSIS. Il sera effectué au moyen d'un tirage aléatoire annuel par la mission d'inspection et de contrôle :

2.5 % des établissements référencés sur oSIS sur la région (de deux établissements minimum à huit établissements maximum par région) devront être contrôlés chaque année.

Ainsi, sur les 3200 établissements référencés sur oSIS, 80 établissements feront l'objet chaque année d'une inspection (5 établissements par région en moyenne).

Dans ce cadre, la DGOS a défini une grille de contrôle à utiliser ainsi qu'un guide de contrôle des indicateurs Hôpital numérique. Ces outils seront présentés aux personnels des ARS chargés des inspections lors d'une formation.

Le périmètre des contrôles de l'année 2017 porte sur les 12 indicateurs des trois prérequis et les indicateurs des cibles d'usage du (des) domaine(s) fonctionnel(s) du socle commun pour lesquels l'établissement a été sélectionné.

5. **Présentation de la formation des référents en ARS**

La formation est animée par le bureau systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins PF5 de la DGOS, en charge du programme Hôpital numérique.

La formation se déroulera de préférence en visioconférence et par défaut en présentiel ou pour les régions les plus proches au ministère de la Santé, à Paris, sur le site de Duquesne. Les frais de transport, de repas et d'hébergement sont à la charge des ARS.

La formation s'adresse aux personnels des ARS chargés des inspections dans le cadre de l'orientation nationale 2017 pour le contrôle des données sur les indicateurs du Programme Hôpital numérique.

Deux types de formation seront donnés :

1. Initiale : pour les personnels des ARS chargés des inspections n'ayant pas encore suivi la formation ou souhaitant une remise à niveau :

Le contenu de la formation abordera différents points :

– présentation du programme Hôpital numérique ;
– présentation des indicateurs du programme Hôpital numérique ;
– contexte de l'orientation nationale de contrôle 2017 ;
– modalité de contrôle ;
– retour d'expériences des inspections-contrôles réalisées en 2016.

Durée : 5 heures de formation.

2. Approfondissement : pour les personnels des ARS chargés des inspections ayant suivi la formation initiale et ayant déjà réalisé des inspections :

Le contenu de la formation abordera différents points :

– présentation du programme Hôpital numérique (rappel) ;
– présentation des indicateurs du programme Hôpital numérique (rappel des indicateurs des prérequis / focus sur les indicateurs des domaines fonctionnels) ;
– contexte de l'orientation nationale de contrôle 2017 ;
– modalité de contrôle ;
– retour d'expériences des inspections-contrôles réalisées en 2016.

Durée : 3 heures de formation.

Pour les formations, plusieurs sessions au choix sont proposées :

– 20 juillet de 10 h à 12 h 30 (initiale), de 13 h à 13 h 30 (approfondissement) et de 13 h 30 à 16 h (tous : initiale et approfondissement) ;
– 27 juillet de 10 h à 12 h 30 (initiale), de 13 h à 13 h 30 (approfondissement) et de 13 h 30 à 16 h (tous : initiale et approfondissement) ;
– 5 septembre de 10 h à 12 h 30 (initiale), de 13 h à 13 h 30 (approfondissement) et de 13 h 30 à 16 h (tous : initiale et approfondissement) ;
– 14 septembre de 10 h à 12 h 30 (initiale), de 13 h à 13 h 30 (approfondissement) et de 13 h 30 à 16 h (tous : initiale et approfondissement) ;
– 4 octobre de 10 h à 12 h 30 (initiale), de 13 h à 13 h 30 (approfondissement) et de 13 h 30 à 16 h (tous : initiale et approfondissement).

La formation en visioconférence est à privilégier. Néanmoins, dans certains cas et après échanges de mail avec PF5 (dgos-pf5@sante.gouv.fr), certaines pourront être réalisées également en présentiel.

Deux sessions de formation peuvent également se tenir en interrégional, suivant les demandes des ARS.

Vous trouverez en annexe le bulletin d'inscription à retourner avant le 14 juillet 2017, par mail à l'adresse dgos-pf5@sante.gouv.fr.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette note d'information et de son annexe à vos services.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le Bureau des systèmes d'information des acteurs de l'offre de soins (dgos-PF5@sante.gouv.fr).

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courrèges

ANNEXE 1

BULLETIN D'INSCRIPTION POUR LA FORMATION « CONTRÔLE DES DONNÉES SUR LES INDICATEURS DU PROGRAMME HÔPITAL NUMÉRIQUE »

Précisions :

– une convocation sera adressée aux personnes inscrites ;
– les frais de transport, de repas et d'hébergement sont à la charge des ARS.

À retourner par mail à l'adresse (dgos-pf5@sante.gouv.fr)

IDENTIFICATION DES RÉFÉRENTS EN ARS POUR LE CONTRÔLE DES DONNÉES SUR LES INDICATEURS DU PROGRAMME HÔPITAL NUMÉRIQUE

Référent 1 : Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : ..... Adresse mail : .....
Adresse postale : .....

Référent 2 : Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : ..... Adresse mail : .....
Adresse postale : .....

Référent 3 : Nom : ..... Prénom : .....
Fonction : ..... Adresse mail : .....
Adresse postale : .....

IDENTIFICATION DES PARTICIPANTS A LA FORMATION

Participant 1 : Nom : ..... Prénom : .....
Type : ❑ Initiale Modalités : ❑ Visioconférence
❑ Approfondissement ❑ Présentiel
Session de formation choisie : ❑20/07 ❑27/07 ❑05/09 ❑14/09 ❑04/10

Participant 2 : Nom : ..... Prénom : .....
Type : ❑ Initiale Modalités : ❑ Visioconférence
❑ Approfondissement ❑ Présentiel
Session de formation choisie : ❑20/07 ❑27/07 ❑05/09 ❑14/09 ❑04/10

Participant 3 : Nom : ..... Prénom : .....
Type : ❑ Initiale Modalités : ❑ Visioconférence
❑ Approfondissement ❑ Présentiel
Session de formation choisie : ❑20/07 ❑27/07 ❑05/09 ❑14/09 ❑04/10

Date et signature des personnes inscrites

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 2 juin 2017 mettant fin aux fonctions exercées par l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal

NOR : *SSAH1730394S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6143-3-1 ;

Vu la décision n° 2015-1022 du directeur général de l'agence régionale de santé de Lorraine du 15 septembre 2015 relative au placement sous administration provisoire du centre hospitalier intercommunal Émile-Durkheim d'Épinal ;

Vu la décision n° 2016-1475 du directeur général de l'agence régionale de santé de l'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine du 15 septembre 2016, portant prorogation du placement sous administration provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal ;

Vu la décision ministérielle n° AFSH1630787S du 16 septembre 2016 portant désignation de l'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal ;

Vu la décision n° 2017-0541 du directeur général de l'agence régionale de santé Grand Est du 23 mai 2017 relative à la fin du placement sous administration provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal,

Décide :

Article 1er

Il est mis fin au 1er juillet 2017 aux fonctions exercées par M. Mathieu ROCHER, directeur d'hôpital, en tant qu'administrateur provisoire du centre hospitalier Émile-Durkheim.

Article 2

La présente décision est notifiée au président du conseil de surveillance, au directeur du centre hospitalier Émile-Durkheim d'Épinal et au directeur général de l'agence régionale de santé de l'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine.

Article 3

La présente décision entrera en vigueur le 1er juillet 2017 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 2 juin 2017.

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

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 29 juin 2017 désignant les administrateurs provisoires du centre hospitalier intercommunal Jura Sud, du centre hospitalier Louis-Jaillon de Saint-Claude et du centre hospitalier Léon-Bérard de Morez

NOR : *SSAH1730459S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6143-3-1 ;

Vu l'arrêté n° ARSB/DOS/PSH/2017-391 du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté du 12 mai 2017, portant mise sous administration provisoire du centre hospitalier Louis-Jaillon de Saint-Claude ;

Vu l'arrêté n° ARSB/DOS/PSH/2017-392 du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté du 12 mai 2017, portant mise sous administration provisoire du centre hospitalier Léon-Bérard de Morez ;

Vu l'arrêté n° ARSB/DOS/PSH/2017-393 du directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté du 12 mai 2017, portant mise sous administration provisoire du centre hospitalier intercommunal Jura Sud ;

Vu la décision ministérielle du 18 mai 2017 désignant MM. Raoul PIGNARD et Éric SANZALONE administrateurs provisoires du centre hospitalier intercommunal Jura Sud, du centre hospitalier Louis-Jaillon de Saint-Claude et du centre hospitalier Léon-Bérard de Morez,

Décide :

Article 1er

M. Francis FELLINGER, conseiller général des établissements de santé, est désigné pour assurer l'administration provisoire des centres hospitaliers intercommunaux Jura Sud, Louis-Jaillon de Saint-Claude et Léon-Bérard de Morez à compter du 5 juillet 2017, pour une durée de douze mois renouvelable.

Article 2

Pendant la période de l'administration provisoire, les attributions de directeur de l'établissement sont assurées par M. Raoul PIGNARD. En cas d'empêchement de ce dernier, les attributions de directeur d'établissement sont exercées par MM. Francis FELLINGER et Éric SANZALONE.

Article 3

La présente décision est notifiée aux présidents des conseils de surveillance et au directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne-Franche-Comté.

Article 4

La présente décision entrera en vigueur le 5 juillet 2017 et sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2017.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
C. Courrèges

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

CNG
Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Bureau de gestion des directeurs d'hôpital
et des directeurs des soins

Instruction n° CNG/DGD/UDH/DS/2017/210 du 22 juin 2017 relative à la mise en œuvre des tableaux d'avancement aux échelons spéciaux hors classe et classe exceptionnelle et au grade de la classe exceptionnelle du corps des directeurs d'hôpital au titre de l'année 2018

NOR : *SSAN1718577J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 22 juin 2017. – Visa CNP 2017-81.

Résumé : tableaux d'avancement du corps des directeurs d'hôpital : échelon spécial de la hors-classe, grade de la classe exceptionnelle, échelon spécial du grade de la classe exceptionnelle.

Mots clés : grade à accès fonctionnel (GRAF) – classe exceptionnelle – échelon spécial – commission administrative paritaire nationale.

Références :

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2005-926 du 2 août 2005 modifié relatif au classement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 2 août 2005 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire applicable aux personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 *ter* et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 31 mars 2015 portant application de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Annexes :

Annexe 1. – Fiche de proposition par l'évaluateur pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe.

Annexe 2. – Fiche de parcours professionnel pour l'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle.

Annexe 3. – Fiche de proposition par l'évaluateur pour l'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle.

Annexe 4. – Fiche de proposition par l'évaluateur pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle.

Annexe 5. – Grille indiciaire du corps des directeurs d'hôpital (classe normale, hors classe, classe exceptionnelle).

Annexe 6. – Notice explicative relative à la fiche de parcours professionnel et liste des documents à fournir.

PLAN DE L'INSTRUCTION

1. **Cadre général.**
2. **Conditions d'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe.**
3. **Conditions d'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle.**
4. **Dispositions statutaires relatives à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle.**
5. **Documents à fournir.**

La directrice générale du Centre national de gestion à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information et mise en œuvre).

1. Cadre général

En application du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (...), il convient d'établir les tableaux d'avancement ci-après au titre de l'année 2018 :

– accès à l'échelon spécial de la hors-classe ;
– accès au grade de la classe exceptionnelle ;
– accès à l'échelon spécial de la classe exceptionnelle.

2. Conditions d'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe

2.1. *Les conditions à remplir*

« Peuvent accéder au choix à l'échelon spécial du grade de la hors-classe, dans la limite d'un pourcentage des effectifs de ce grade fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la fonction publique, du budget et de la santé, les fonctionnaires du corps des personnels de direction soumis aux dispositions du présent décret appartenant au grade de la hors-classe » (III de l'article 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié).

L'éligibilité à cet échelon spécial, pour 2018, est donc subordonnée à une condition d'ancienneté de 4 ans au 7e échelon du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe, qui doit être remplie au plus tard le 31 décembre de l'année *N*, soit le 31 décembre 2018 au titre du tableau d'avancement 2018.

2.2. *La détermination du nombre de promotions à l'échelon spécial de la hors-classe*

L'arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 *ter* et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifié portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise, dans son article 3, le pourcentage de directeurs d'hôpital hors classe pouvant accéder à l'échelon spécial.

Ainsi, le nombre de directeurs d'hôpital hors classe pouvant être promus à l'échelon spécial est fixé :

8 % pour 2016 (pour mémoire) ;

9 % pour 2017 ;

pour atteindre 10 % en 2018.

Le nombre de promotions possibles est basé sur les effectifs du grade au 31 décembre 2017. Il sera donc communiqué à la fin du mois de janvier 2018.

3. Conditions d'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle

L'accès au grade de la classe exceptionnelle est conditionné par l'occupation d'emplois ou à l'exercice préalable de fonctions supérieures de direction d'un niveau particulièrement élevé de

responsabilité, ou d'encadrement de certaines directions fonctionnelles ou sectorielles correspondant à un même niveau élevé de responsabilité. Les emplois ainsi définis dans l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié précité constituent le premier vivier.

Pour ce qui concerne le deuxième vivier, l'arrêté du 31 mars 2015 précité fixe la liste des catégories de fonctions ouvrant droit à l'accès au grade de la classe exceptionnelle.

Les emplois et fonctions éligibles ne sont comptabilisés que lorsque l'agent détient la qualité de directeur d'hôpital hors classe.

3.1. *Les conditions à remplir*

En application de l'article 21 *bis* du statut particulier des directeurs d'hôpital, l'avancement au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle est subordonné :

– d'une part, à une condition d'ancienneté (avoir atteint au moins le 5e échelon du grade de directeur d'hôpital hors classe), cette condition pouvant être remplie jusqu'au 31 décembre de l'année *N*, soit le 31 décembre 2018 au titre du tableau d'avancement 2018 ;

– et, d'autre part :

– soit (au titre du premier vivier) à l'occupation préalable pendant 8 ans au cours d'une période de référence de 15 ans précédant la date d'établissement du tableau d'avancement, soit du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2017[1], de services en position de détachement dans un ou plusieurs emplois supérieurs ou de direction à forte responsabilité :

1° Emplois de directeur général de centre hospitalier régional universitaire ou CHR ;

2° Emplois de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation ou de directeur général d'agence régionale de santé ;

3° Emplois de directeur, pourvus dans le cadre d'un détachement sur contrat de droit public (article 9-2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisé) si l'emploi concerné est ou a été classé parmi les emplois fonctionnels mentionnés ci-dessous ;

4° Emplois fonctionnels dotés d'un indice terminal correspondant au moins à la HEB et relevant des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, des administrations et des établissements publics administratifs de l'État et des collectivités territoriales ainsi que des services administratifs placés sous l'autorité du secrétaire général du Conseil d'État et du secrétaire général de la Cour des comptes ;

5° Emplois supérieurs au sein du secteur public de niveau comparable dont la liste est fixée par l'arrêté mentionné au 2° du I de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 modifiée portant statut particulier du corps des administrateurs civils, à l'exclusion des emplois exercés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée précitée (article 1er de l'arrêté du 7 mai 2013 portant application de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 portant statut particulier du corps des administrateurs civils).

Les services accomplis dans un échelon fonctionnel ou une classe fonctionnelle doté(e) d'un indice au moins égal à la HEB sont pris en compte pour le calcul des 8 années mentionnées ci-dessus. De même, les services accomplis auprès des organisations internationales intergouvernementales ou des administrations des États membres de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen sur des emplois de niveau équivalent sont également, sous réserve de l'agrément préalable du ministre chargé de la fonction publique, pris en compte pour le calcul des 8 années requises ;

– soit (au titre du deuxième vivier) à l'occupation préalable pendant 10 ans au cours d'une période de référence de 15 ans précédant la date d'établissement du tableau d'avancement, soit du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2017, de fonctions supérieures d'un niveau particulièrement élevé de responsabilité. Ces fonctions doivent avoir été exercées en position d'activité ou de détachement dans le grade de la hors-classe, dans un grade d'avancement d'un corps ou cadre d'emplois de niveau comparable à celui des fonctionnaires du corps des personnels de direction soumis aux dispositions du décret du 2 août 2005 ou dans un emploi de même niveau au sein des personnes morales de droit public.

Les catégories de fonctions et fonctions concernées sont fixées par les arrêtés mentionnés au II de l'article 11 *bis* du décret du 16 novembre 1999 précité (article 2 de l'arrêté du 7 mai 2013 précité) et par arrêté conjoint des ministres chargés de la fonction publique et de la santé

1. Elle peut être prolongée dans la limite de trois ans sous certaines conditions fixées au III de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié précité (congé parental, congé lié à l'état de santé…).

(*cf. infra*). Sont également prises en compte au titre des fonctions concernées, celles permettant l'accès au grade à accès fonctionnel d'un corps ou cadre d'emplois de niveau comparable à celui des personnels de direction.

Les services accomplis dans les emplois mentionnés dans le premier vivier sont pris en compte pour le calcul des 10 années requises au titre du deuxième vivier.

L'arrêté du 31 mars 2015 portant application du II de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié complète la liste des emplois et fonctions éligibles au GRAF au titre du deuxième vivier.

3.2. *La détermination du nombre de promotions au grade de la classe exceptionnelle*

L'arrêté du 30 décembre 2014 fixant les pourcentages mentionnés aux articles 21 *ter* et 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise, dans son article 1er, le pourcentage de directeurs d'hôpital de la hors-classe pouvant accéder au grade de la classe exceptionnelle.

Ainsi, le nombre de directeurs d'hôpital de la hors-classe pouvant être promus au grade de la classe exceptionnelle chaque année est contingenté dans la limite d'un pourcentage appliqué à l'effectif des fonctionnaires du corps des directeurs d'hôpital considéré au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle sont prononcées les promotions, soit le 31 décembre 2017 au titre du tableau d'avancement 2018. Ce pourcentage est fixé comme suit :

9 % pour 2016 (pour mémoire) ;

12 % pour 2017 ;

15 % pour 2018 ;

18 % pour 2019,

pour atteindre 20 % en 2020.

Le nombre des promotions possibles est basé sur les effectifs du corps au 31 décembre 2017. Il sera donc communiqué à la fin du mois de janvier 2018.

4. **Conditions d'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle**

Le II de l'article 23 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié précité a créé au sommet du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle un échelon spécial, contingenté, doté de la HED, accessible après inscription au tableau d'avancement.

4.1. *Les conditions à remplir*

« Peuvent accéder au choix à l'échelon spécial du grade de classe exceptionnelle, dans la limite d'un pourcentage des effectifs de ce grade fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la fonction publique, du budget et de la santé, les fonctionnaires du corps des personnels de direction soumis aux dispositions du présent décret titulaires du grade de classe exceptionnelle inscrits sur un tableau d'avancement ayant au moins quatre ans d'ancienneté au 5e échelon de leur grade ou ayant occupé pendant au moins deux ans, au cours des cinq années précédant l'établissement du tableau d'avancement, un emploi mentionné aux 1° et 2° de l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique. »

L'éligibilité à cet échelon spécial du GRAF est donc subordonnée à une condition d'ancienneté de 4 ans au 5e échelon du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle, calculée au 31 décembre 2018 ou à l'occupation, pendant deux années, au cours de la période de référence (5 ans, soit du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2017), d'un emploi à la décision du gouvernement (DG de CHU, CHR).

4.2. *La détermination du nombre de promotions à l'échelon spécial du grade de la classe exceptionnelle*

L'article 2 de l'arrêté du 30 décembre 2014 fixe le contingent de directeurs d'hôpital de classe exceptionnelle éligible à l'échelon spécial à 15 % de ce grade.

Le nombre des promotions possibles est basé sur les effectifs du grade au 31 décembre 2017. Il sera donc communiqué à la fin du mois de janvier 2018.

5. **Documents à fournir**

Afin de préparer la commission administrative paritaire nationale, qui se tiendra au cours du premier trimestre 2018, en vue d'examiner les tableaux d'avancement :

– à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe ;
– au grade de directeur d'hôpital de classe exceptionnelle ;
– à l'échelon spécial du grade de directeur de classe exceptionnelle,

je vous serais obligée de bien vouloir me faire parvenir l'ensemble des documents dûment complétés et signés, listés ci-dessous, avant le mardi 31 octobre 2017.

Pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la hors-classe :

– les fiches individuelles de propositions (annexe 1).

Pour l'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle :

– les fiches individuelles de proposition à remplir par l'évaluateur (annexe 3) :
  – la fiche individuelle de proposition comprend une rubrique « appréciation motivée de l'évaluateur», sur la manière de servir du directeur d'hôpital éligible ;
  – l'appréciation littérale doit être développée et argumentée. Elle doit mettre en avant la valeur et les qualités professionnelles de l'intéressé(e), les points forts observés dans sa manière de servir. Elle doit également tenir compte de la progression dans les responsabilités de haut niveau qui lui auront été confiées tout au long de sa carrière ;
– les fiches individuelles de parcours professionnel (annexe 2) dûment complétées, signées par les intéressé(e)s et accompagnées obligatoirement des pièces justificatives nécessaires à l'examen de l'éligibilité :
  – la fiche de parcours professionnel doit être renseignée par les intéressé(e)s, avec précision. La description très complète des emplois et fonctions exercés est essentielle, à la fois pour mettre en évidence les hautes responsabilités exercées, mais également pour permettre aux membres de la CAPN d'effectuer leur analyse ;
  – cette fiche de parcours professionnel doit également être accompagnée de toutes les pièces justificatives devant permettre de fournir aux membres de la CAPN les éléments les plus objectifs et les plus précis possibles sur le parcours du directeur d'hôpital ;
– l'évaluation 2017 du ou des intéressé(e)s.

Pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle :

– les fiches individuelles de propositions (annexe 4).

Vous trouverez également, en annexe 6, une notice explicative vous permettant de remplir la fiche de parcours professionnel et listant l'ensemble des documents à communiquer impérativement.

*
* *

J'insiste sur le caractère obligatoire de la motivation, par l'évaluateur, de la proposition ou de la non-proposition des directeurs et directrices éligibles à l'un ou l'autre des tableaux d'avancement. Cette motivation permet, d'une part, d'assurer une parfaite information des membres de la commission administrative paritaire nationale et, d'autre part, aux intéressé(e)s d'utiliser, le cas échéant, les voies de recours.

J'appelle enfin votre attention sur la nécessité de remplir les documents préparatoires à chacun des tableaux d'avancement pour les personnels de direction susceptibles d'être concernés à la fois par l'échelon spécial de la hors-classe et par l'avancement au grade d'accès fonctionnel.

L'ensemble des documents susmentionnés sont à adresser exclusivement par la voie postale à l'adresse suivante :

Centre national de gestion
Département de gestion des directeurs
Bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins
21 B, rue Leblanc, 75015 Paris

Rappel de la date de retour des documents demandés : mardi 31 octobre 2017 ; je vous précise que les dossiers incomplets ne seront pas pris en compte, ainsi d'ailleurs que tout retard dans les transmissions.

Vous voudrez bien m'informer des difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre de la présente instruction, par courriel : cng-bureau.dh@sante.gouv.fr.

Vous trouverez par ailleurs, sur le site du CNG l'ensemble des documents à l'adresse suivante : http://www.cng.sante.fr.

L'équipe en charge de la gestion des directeurs reste à votre disposition pour toute information complémentaire et vous invite à consulter la foire aux questions sur le site Internet du CNG.

Le secrétaire général,
P. RICORDEAU

La directrice générale,
D. TOUPILLIER

ANNEXE 1

CORPS DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Fiche de proposition pour l'accès à l'échelon spécial du grade de directeur d'hôpital hors classe

□ Madame □ Monsieur *(cocher la case correspondante)*

Nom d'usage :
Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Intitulé des fonctions occupées (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

Établissement d'affectation :

Date d'ancienneté dans le grade de directeur d'hôpital hors classe :	
Échelon actuel dans le grade de directeur d'hôpital hors classe :	
Date de nomination dans cet échelon :	

Appréciations motivées de la proposition ou non-proposition :

Proposé ☐ Non proposé ☐

Nom-Prénom de l'évaluateur : Qualité : Date et signature :	Date et signature de l'évalué(e) :

ANNEXE 2

CORPS DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Fiche de parcours professionnel pour l'accès au grade de directeurs d'hôpital de la classe exceptionnelle

Occupation d'emplois ou exercice de fonctions comportant un niveau élevé de responsabilité

Fiche à remplir par le directeur ou la directrice évalué(e)

Pour chacun des emplois et/ou des fonctions mentionnées ci-dessous, vous indiquerez, le cas échéant, si vous les avez occupé(e)s en décrivant précisément le contenu. Vous mentionnerez la durée correspondante précise.

Attention : *c'est à vous de justifier de l'expérience décrite ci-dessous : vous transmettrez à cet effet toutes les pièces justificatives nécessaires (organigramme, délégation de signature, PV d'installation, etc.).*

Cf. *notice explicative et documents à fournir en annexe 6.*

Cette fiche ainsi que toutes les pièces qui vous sont demandées doivent être transmises par l'évaluateur au CNG.

□ Madame □ Monsieur *(cocher la case correspondante)*

Nom d'usage :
Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Intitulé des fonctions occupées (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

Fonctions occupées depuis le :

Établissement d'affectation :

Votre adresse de messagerie électronique :

Date d'ancienneté dans le grade de directeur d'hôpital hors classe :	
Échelon actuel dans le grade de directeur d'hôpital hors classe :	
Date de nomination dans cet échelon :	

DÉTACHEMENT DANS UN EMPLOI figurant au I (vivier statutaire) de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié	INTITULÉ DE L'EMPLOI	PÉRIODE du	au
1° Emplois mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique (emplois de directeur général de centre hospitalier régional).			
2° Emploi de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation ou de directeur général d'agence régionale de santé.			
3° Emploi de directeur, pourvus dans le cadre de l'article 9-2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, des établissements mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 (emplois de directeur, pourvus dans le cadre d'un détachement sur contrat de droit public).			
4° Emplois fonctionnels dotés d'un indice terminal correspondant au moins à l'échelle lettre B et relevant des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, des administrations et des établissements publics administratifs de l'État et des collectivités territoriales ainsi que des services administratifs placés sous l'autorité du secrétaire général du Conseil d'État et du secrétaire général de la Cour des comptes.			
5° Emplois supérieurs au sein du secteur public de niveau comparable dont la liste est fixée par l'arrêté mentionné au 2° du I de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 portant statut particulier du corps des administrateurs civils, à l'exclusion des emplois exercés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (article 1er de l'arrêté du 7 mai 2013). NOR: RDFF1310050A			

POSITIONS DE DÉTACHEMENT ou d'activité dans les fonctions ou catégories de fonctions figurant au II de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié (emplois occupés et/ou fonctions tenues listés par arrêté)	DESCRIPTION TRÈS PRÉCISE des fonctions	PÉRIODE du	au
1° Fonctions de directeur d'un établissement mentionné en annexe, occupées antérieurement à l'entrée en vigueur du décret du 24 avril 2012.			
2° Fonctions de directeur d'un ou de plusieurs établissements publics de santé, sociaux ou médico-sociaux, dont au moins un établissement mentionné aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, dont le budget, le cas échéant consolidé, à la date de début des fonctions est égal ou supérieur à cinquante millions d'euros			
3° Fonctions d'adjoint à un directeur relevant du groupe II mentionné à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005			
4° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, dans les groupes hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relevant du groupe I mentionné à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 susvisé, d'une ou plusieurs directions fonctionnelles, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie.			
5° Fonctions de directeur de groupement, de pôle d'établissements, de site ou d'établissement : 1. Des Hospices civils de Lyon ; 2. De l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.			
6° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, d'une ou plusieurs directions fonctionnelles, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie ; 4. Affaires économiques, logistique ; 5. Travaux, investissements, patrimoine ; 6. Systèmes d'information ; 7. Affaires générales ; 8. Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers.			
7° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, de centre hospitalier régional relevant du groupe II mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 susvisé, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie ; 4. Affaires économiques, logistiques ; 5. Travaux, investissements, patrimoine ; 6. Systèmes d'information ; 7. Affaires générales ; 8. Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers.			
8° Fonctions de directeur sectoriel au sein de l'Agence de la biomédecine, de l'Institut de veille sanitaire et de la Haute Autorité de santé.			

POSITIONS DE DÉTACHEMENT ou d'activité dans les fonctions ou catégories de fonctions figurant au II de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié (emplois occupés et/ou fonctions tenues listés par arrêté)	DESCRIPTION TRÈS PRÉCISE des fonctions	PÉRIODE du	au
9° Fonctions génériques prises en compte au titre de l'article 2 de l'arrêté du 7 mai 2013 portant application de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 portant statut particulier du corps des administrateurs civils [1].			

[1] Les arrêtés fixant les listes des emplois et fonction éligibles spécifiques aux différents ministères :
Ministères sociaux : arrêté du 16 mai 2014.
Premier ministre :
– services du Premier ministre : arrêté du 30 mai 2013 ;
– Cour des comptes : arrêté du 30 mai 2013 ;
– Défenseur des droits et Conseil supérieur de l'audiovisuel : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de la culture et de la communication : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de la défense : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de l'égalité des territoires et du logement et ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de l'intérieur : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt : arrêté du 30 mai 2013.
Ministères économique et financier : arrêté du 30 mai 2013.
Ministère de la justice et Conseil d'État : arrêté du 30 mai 2013, arrêté modificatif du 15 mai 2014.
Ministère de l'éducation nationale et ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche : arrêté du 30 mai 2013.

Date et signature de l'intéressé(e)
précédée de la mention manuscrite :
« Je, soussigné(e)...., certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur le présent document »

ANNEXE 3

CORPS DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Fiche de proposition pour l'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle

1. Identification de l'agent

□ Madame □ Monsieur *(cocher la case correspondante)*

Nom d'usage :
Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Intitulé des fonctions occupées (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

Établissement d'affectation :

Date d'ancienneté dans le grade de directeur d'hôpital hors classe :	
Échelon actuel dans le grade de directeur d'hôpital hors-classe :	
Date de nomination dans cet échelon :	

2. Niveau de responsabilité de l'emploi ou de la fonction occupée actuellement

2.1. Dénomination et positionnement de l'emploi ou de la fonction dans l'organigramme	
2.2. Caractéristiques de l'emploi ou de la fonction occupée actuellement (management, effectifs encadrés, mise en œuvre d'une politique, etc.)	

3. Appréciation motivée de l'évaluateur[1]

Appréciations motivées de la proposition ou non-proposition :

Proposé ☐ Non proposé ☐

[1] L'appréciation motivée doit être complétée que l'intéressé(e) soit proposé(e) ou non.

Nom-Prénom de l'évaluateur : Qualité : Date et signature :	Date et signature de l'évalué(e) :

ANNEXE 4

CORPS DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Fiche de proposition pour l'accès au grade de directeur d'hôpital de la classe exceptionnelle

□ Madame □ Monsieur *(cocher la case correspondante)*

Nom d'usage :
Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance :

Intitulé des fonctions occupées (selon l'organigramme) :
(en toutes lettres)

Établissement d'affectation :

Date d'ancienneté dans le grade de directeur d'hôpital de classe exceptionnelle :	
Échelon actuel dans le grade de directeur d'hôpital de classe exceptionnelle :	
Date de nomination dans cet échelon :	

Appréciations motivées de la proposition ou non-proposition :

Proposé ☐ Non proposé ☐

Nom-Prénom de l'évaluateur : Qualité : Date et signature :	Date et signature de l'évalué(e) :

ANNEXE 5

CORPS DES DIRECTEURS D'HÔPITAL

Grille indiciaire

CLASSE NORMALE		2017		2018	
CL	Échelon	IB	IM	IB	IM
N	Échelon provisoire	995	806	1002	811
N	9e échelon	971	787	977	792
N	8e échelon	906	738	912	743
N	7e échelon	857	700	862	705
N	6e échelon	807	662	813	667
N	5e échelon	755	623	762	628
N	4e échelon	706	586	713	591
N	3e échelon	659	550	665	555
N	2e échelon	593	500	600	505
N	1er échelon	533	456	542	461
	Élève directeur	419	372	419	372
HORS-CLASSE		2017		2018	
CL	Échelon	IB	IM	IB	IM
ES	Hors échelle B *bis* 3e chevron	*Cf.* décret n° 2017-85 du 26 janvier 2017 : « tableau des traitements et soldes bruts des établissements publics d'hospitalisation »			
ES	Hors échelle B *bis* 2e chevron				
ES	Hors échelle B *bis* 1er chevron				
H	7e échelon hors échelle B - 3e chevron				
H	7e échelon hors échelle B - 2e chevron				
H	7e échelon hors échelle B - 1er chevron				
H	6e échelon hors échelle A - 3e chevron				
H	6e échelon hors échelle A - 2e chevron				
H	6e échelon hors échelle A - 1er chevron				
H	5e échelon	1021	825	1027	830
H	4e échelon	971	787	977	792
H	3e échelon	906	738	912	743
H	2e échelon	857	700	862	705
H	1er échelon	807	662	813	667
CLASSE EXCEPTIONNELLE		2017		2018	
CL	Échelon	IB	IM	IB	IM
E	Échelon spécial hors échelle D - 3e chevron	*Cf.* décret n° 2017-85 du 26 janvier 2017 : « tableau des traitements et soldes bruts des établissements publics d'hospitalisation »			
E	Échelon spécial hors échelle D - 2e chevron				
E	Échelon spécial hors échelle D - 1er chevron				
E	5e échelon hors échelle C - 3e chevron				
E	5e échelon C - 2e chevron				
E	5e échelon hors échelle C - 1er chevron				
E	4e échelon hors échelle B *bis* - 3e chevron				
E	4e échelon hors échelle B *bis* - 2e chevron				
E	4e échelon hors échelle B *bis* - 1er chevron				
E	3e échelon hors échelle B - 3e chevron				
E	3e échelon hors échelle B - 2e chevron				
E	3e échelon hors échelle B - 1er chevron				

CLASSE EXCEPTIONNELLE		2017		2018	
CL	Échelon	IB	IM	IB	IM
E	2e échelon hors échelle A - 3e chevron	*Cf.* décret n° 2017-85 du 26 janvier 2017 : « tableau des traitements et soldes bruts des établissements publics d'hospitalisation »			
E	2e échelon hors échelle A - 2e chevron				
E	2e échelon hors échelle A - 1er chevron				
E	1er échelon	1021	825	1027	830

ANNEXE 6

NOTICE EXPLICATIVE FICHE PARCOURS ET DOCUMENTS À FOURNIR

Rappel :

Il est rappelé que les emplois et fonctions éligibles au titre des deux viviers ne sont comptabilisés que lorsque l'agent détient la qualité de directeur d'hôpital hors classe.

Les périodes d'intérim ne sont pas prises en compte.

La période de référence pour les viviers 1 et 2 est de 15 ans (ex. : pour le tableau d'avancement 2018, la période à prendre en compte est du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2017). Elle peut être prolongée dans la limite de trois ans sous certaines conditions fixées au III de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 modifié précité (congé parental, congé lié à l'état de santé…).

Les pièces justificatives demandées doivent être complétées le cas échéant de tout acte mentionnant la fin des fonctions considérées.

VIVIER I : IL FAUT AVOIR OCCUPÉ DES FONCTIONS PENDANT 8 ANS SUR LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DE 15 ANS		
Détachement dans un emploi figurant au I (vivier statutaire) de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié	Description	Pièces justificatives
1° Emplois mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6143-7-2 du code de la santé publique (emplois de directeur général de centre hospitalier régional).	Cela concerne aussi bien les DG de CHU que les DG de l'AP-HP, l'AP-HM et les HCL.	Décret ou arrêté de nomination.
2° Emploi de directeur d'agence régionale de l'hospitalisation ou de directeur général d'agence régionale de santé.	Cela concerne uniquement les directeurs généraux d'ARH et d'ARS.	Décret de nomination.
3° Emploi de directeur, pourvus dans le cadre de l'article 9-2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, des établissements mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 (emplois de directeur, pourvus dans le cadre d'un détachement sur contrat de droit public).	Cela concerne uniquement les directeurs détachés sur un contrat de droit public.	Copie du contrat.
4° Emplois fonctionnels dotés d'un indice terminal correspondant au moins à l'échelle lettre B et relevant des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, des administrations et des établissements publics administratifs de l'État et des collectivités territoriales ainsi que des services administratifs placés sous l'autorité du secrétaire général du Conseil d'Etat et du secrétaire général de la Cour des comptes.	Cela concerne les emplois faisant l'objet d'un statut ou d'un décret portant statut d'emploi, publié au *Journal officiel*.	Tout document attestant de la qualification d'emploi fonctionnel doté d'un indice terminal correspondant au moins à la hors-échelle B.
5° Emplois supérieurs au sein du secteur public de niveau comparable dont la liste est fixée par l'arrêté mentionné au 2° du I de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 portant statut particulier du corps des administrateurs civils, à l'exclusion des emplois exercés dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (article 1er de l'arrêté du 7 mai 2013). NOR: RDFF1310050A	Il convient de se référer à l'article 1er de l'arrêté du 7 mai 2013, statut des administrateurs civils.	Tout document attestant de l'emploi supérieur (publié au *JO*).

VIVIER II : IL FAUT AVOIR OCCUPÉ DES FONCTIONS PENDANT 10 ANS SUR LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DE 15 ANS		
Positions de détachement ou d'activité dans les fonctions ou catégories de fonctions figurant au II de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié (emplois occupés et/ou fonctions tenues listés par arrêté)	Description	Pièces justificatives
1° Fonctions de directeur d'un établissement mentionné en annexe, occupées antérieurement à l'entrée en vigueur du décret du 24 avril 2012.	Il s'agit des établissements visés à l'arrêté du 31 mars 2015, portant application de l'article 21 *bis* du décret 2005-921 du 2 août 2005 modifié et de son annexe. Attention : si l'établissement visé est en direction commune, il convient de retenir sa date de création. Dans ce cas, l'expérience ne pourra être prise en compte qu'à partir de cette date	Arrêté de nomination. Arrêté de nomination sur la direction commune.
2° Fonctions de directeur d'un ou de plusieurs établissements publics de santé, sociaux ou médico-sociaux, dont au moins un établissement mentionné aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, dont le budget, le cas échéant consolidé, à la date de début des fonctions est égal ou supérieur à 50 millions d'euros.	Il convient de retenir les seules fonctions de chef dans les établissements dont le budget était, à la date de prise de fonction, égal ou supérieur à 50 millions d'euros.	Vous trouverez sur le site du CNG un document précisant la méthode de calcul des budgets ainsi qu'un modèle type de présentation du budget. Il convient d'adresser un tableau récapitulatif reprenant les éléments du compte financier faisant apparaître : – le compte de résultat principal et les comptes de résultats annexes ; – moins les remboursements de frais par les comptes de résultats annexes, les produits des cessions d'éléments d'actif, la quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice et les reprises sur amortissements, dépréciations et provisions, accompagnée du compte financier de l'année de prise de fonction sur lequel doit être surlignées les différentes lignes figurant sur le tableau récapitulatif.
3° Fonctions d'adjoint à un directeur relevant du groupe II mentionné à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005.	Attention : il ne faut pas confondre directeur adjoint et adjoint au chef d'établissement. Par ailleurs, il faut avoir occupé cette fonction dans un établissement du groupe II. Dans ce cas, l'expérience ne pourra être prise en compte qu'à partir de la date d'entrée de l'établissement dans le groupe II, soit au plus tôt le 27 avril 2012.	Organigramme à la date de prise de fonction et délégation de signature pour le remplacement systématique du directeur ; ou tout document démontrant que l'adjoint(e) seconde le directeur.
4° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, dans les groupes hospitaliers de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris relevant du groupe I mentionné à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 susvisé, d'une ou plusieurs directions fonctionnelles, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie.	Il s'agit des directeurs adjoints de l'AP-HP, qui ont occupé des fonctions dans les domaines listés ci-contre mais seulement au premier niveau de responsabilité.	Organigramme à la date de prise de fonction ou tout document attestant le niveau de responsabilité.
5° Fonctions de directeur de groupement, de pôle d'établissements, de site ou d'établissement : 1. Des Hospices civils de Lyon ; 2. De l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille.	Il s'agit des directeurs d'hôpital de l'AP-HM ou HCL, qui ont occupé des fonctions dans les domaines listés ci-contre.	Organigramme à la date de prise de fonction ou tout document attestant le niveau de responsabilité.

VIVIER II : IL FAUT AVOIR OCCUPÉ DES FONCTIONS PENDANT 10 ANS SUR LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE DE 15 ANS		
Positions de détachement ou d'activité dans les fonctions ou catégories de fonctions figurant au II de l'article 21 *bis* du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié (emplois occupés et/ou fonctions tenues listés par arrêté)	Description	Description
6° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, des Hospices civils de Lyon et de l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, d'une ou plusieurs directions fonctionnelles, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie ; 4. Affaires économiques, logistique ; 5. Travaux, investissements, patrimoine ; 6. Systèmes d'information ; 7. Affaires générales ; 8. Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers.	Il s'agit des directeurs adjoints de l'AP-HM ou HCL, qui ont occupé des fonctions dans les domaines listés ci-contre mais seulement au premier niveau de responsabilité.	Organigramme à la date de prise de fonction ou tout document attestant le niveau de responsabilité.
7° Fonctions de directeur adjoint responsable en premier, de centre hospitalier régional relevant du groupe II mentionnés à l'article 1er du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 susvisé, correspondant à un ou plusieurs des domaines fonctionnels suivants : 1. Finances, contrôle de gestion ; 2. Ressources humaines ; 3. Affaires médicales, recherche, stratégie; 4. Affaires économiques, logistiques ; 5. Travaux, investissements, patrimoine ; 6. Systèmes d'information ; 7. Affaires générales ; 8. Qualité, gestion des risques, relations avec les usagers.	Il s'agit des directeurs adjoints de CHRU, qui ont occupé des fonctions dans les domaines listés ci-contre mais seulement au premier niveau de responsabilité. Par ailleurs, il faut avoir occupé cette fonction dans un des CHRU suivants : Lille, Toulouse, Bordeaux, Strasbourg, Montpellier, Nantes, Nancy, La Réunion, Tours, Grenoble, Rouen et Clermont-Ferrand.	Organigramme à la date de prise de fonction ou tout document attestant le niveau de responsabilité.
8° Fonctions de directeur sectoriel au sein de l'Agence de la biomédecine, de l'Institut de veille sanitaire et de la Haute Autorité de santé.		Tout document justificatif attestant de la qualité des fonctions et de la nomination sur celles-ci.
9° Fonctions génériques prises en compte au titre de l'article 2 de l'arrêté du 7 mai 2013 portant application de l'article 11 *bis* du décret n° 99-945 du 16 novembre 1999 portant statut particulier du corps des administrateurs civils.	Il convient de se référer à l'article 2 de l'arrêté du 7 mai 2013, statut des administrateurs civils. Et aux arrêtés suivants : Arrêté du 16 mai 2014, fonctions particulières aux ministères chargées des affaires sociales, du travail, de la jeunesse et des sports ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières aux ministères économique et financier ; Arrêté du 15 mai 2014, fonctions particulières au ministère de la justice et au Conseil d'État ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de l'intérieur ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de l'égalité des territoires et du logement et au ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de la défense ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de la culture et de la communication ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de l'agriculture, de l'agroalimentaire et de la forêt ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières aux services du Défenseur des droits et du Conseil supérieur de l'audiovisuel ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières aux services du Premier ministre ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières à la Cour des comptes ; Arrêté du 30 mai 2013, fonctions particulières au ministère de l'éducation nationale et au ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.	Tout document justificatif attestant de la nomination.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

*S*ous-direction des ressources humaines
de système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières

Direction générale
de la cohésion sociale

Sous-direction des professions sociales,
de l'emploi et des territoires

Bureau de l'emploi
et de la politique salariale (4 B)

Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2017/211 du 26 juin 2017 relative aux orientations retenues pour 2018 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : *SSAH1718711J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 9 juin 2017. – Visa CNP 2017-75.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : axes prioritaires 2018 pour le développement des compétences des personnels des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Mots clés : plan de développement des compétences – développement professionnel continu – groupement hospitalier de territoire – qualité de vie au travail – sécurité des établissements – incivilités – menace terroriste et attentats – situations sanitaires exceptionnelles – greffe et don d'organe – fin de vie – douleur – maladies neuro-dégénératives – autisme – handicap psychique – aidants – prévention des addictions – arrêt du tabac – antibiorésistance – santé sexuelle – risques suicidaires – violences intrafamiliales infligées aux enfants – santé environnementale.

Références :

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ;

Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux ;

Décret n° 2016-942 du 8 juillet 2016 relatif à l'organisation du développement professionnel continu des professionnels de santé ;

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 ;

Instruction n° DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 27 juillet 2015 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Instruction n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2015/247 du 29 juillet 2016 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Annexe :

Annexe 1. – Actions et axes prioritaires de formation nationale au titre de l'année 2018 (24 fiches).

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales et départementales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'outre-mer) (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (pour mise en œuvre).

La présente instruction a pour objet de diffuser aux établissements relevant de la fonction publique hospitalière les axes développement des compétences (actions de formation nationales et axes prioritaires de formation) identifiés au niveau national pour l'année 2018.

Ces orientations ont été retenues dans l'objectif de renforcer la formation professionnelle des personnels de la FPH et de mobiliser l'ensemble de ses acteurs sur des sujets prioritaires, en soutien des politiques nationales menées dans le champ sanitaire, social et médico-social.

La formation continue des personnels constitue un vecteur essentiel de développement des ressources humaines, d'accompagnement à l'évolution des organisations médicales et soignantes ainsi que d'amélioration des pratiques de soins et du parcours du patient.

Les établissements de la FPH sont invités, dans le contexte sociétal et environnemental actuel, à engager ou développer ces thématiques dans le cadre des plans de développement des compétences de leurs personnels. Ils sont également incités à promouvoir des formations pluri-professionnelles, associant personnels non médicaux et médicaux autour de projets partagés.

La présente instruction présente l'articulation entre les orientations de développement des compétences pour l'ensemble des personnels (actions de formation nationales et axes prioritaires de formation) et les évolutions du développement professionnel continu pour les professionnels de santé. Elle détaille pour 2018 les actions de formation nationales (AFN) que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) souhaite impulser, dont la mise en œuvre est confiée à l'Association nationale pour la formation des hospitaliers (ANFH) et identifie les axes prioritaires de formation, notamment sur des sujets issus de la stratégie nationale de santé.

Ainsi, 5 nouvelles actions de formation nationales (AFN) et dix huit axes prioritaires de formation sont proposés pour 2018 et sont mentionnés dans la liste qui figure en annexe. Certaines AFN présentées dans des instructions antérieures et en cours de mise en œuvre sont également réactualisées ou rappelées.

I. – DES AXES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES POUR L'ENSEMBLE DES PERSONNELS, QUI S'ARTICULENT AVEC LES ORIENTATIONS DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

I.1. *Des actions de formation nationales et des axes prioritaires de formation proposés pour l'ensemble des personnels des établissements*

La présente instruction recouvre des propositions de thématiques de formation qui concernent l'ensemble des professions. Elle intègre les sujets identifiés pour les personnels autres que les professionnels de santé. Ces thématiques regroupent les actions de formation nationales (AFN), qui font l'objet d'un dispositif spécifique et sont déployées par l'ANFH et les axes prioritaires de formation, qui constituent des sujets à developper dans les plans de formation et de développement des compétences des établissements.

Les AFN ont vocation à impulser des sujets liés à l'évolution sociétale, environnementale et aux principaux enjeux des politiques de santé. Les formations érigées en AFN sont inscrites au catalogue des formations de l'ANFH. Ces formations sont conçues dans le cadre d'un cahier des charges rédigé par l'ANFH, à la demande et avec l'appui de la DGOS. Elles sont réalisées par des organismes de formation retenus après une procédure d'appels d'offres et sont mises en œuvre pluriannuellement par l'ANFH.

La présente instruction comprend également des actions spécifiques relatives aux politiques de santé pour l'année 2018 prévues dans l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant les orientations nationales du développement professionnel continu et qui concernent les professionnels de santé exerçant dans les établissements de la FPH.

I.2. *Des évolutions qui se poursuivent dans le champ du développement professionnel continu des professionnels de santé*

La réforme du dispositif de développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé initiée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (LMSS) est désormais opérationnelle.

Les actions de DPC proposées aux hospitaliers par un organisme de DPC, régulièrement enregistrées auprès de l'agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), s'inscrivent dans le cadre des orientations prioritaires définies par l'arrêté du 8 décembre 2015. Elles doivent obligatoirement être déposées sur le site internet de l'agence. Elles font l'objet d'un contrôle par des commissions scientifiques indépendantes. Les orientations prioritaires arrêtées pour les années 2016 à 2018 sont de deux natures : d'une part celles en lien avec la politique nationale de santé et d'autre part celles spécifiques à chaque profession ou spécialité proposées par des conseils nationaux professionnels.

En tenant compte de ces priorités et dans le cadre de la politique de formation de son établissement, le professionnel de santé construit un parcours pluriannuel de DPC, en associant actions de formation continue, actions d'évaluation des pratiques et actions de gestion des risques. Réalisées distinctement ou dans le cadre de programmes intégrés, ces actions seront répertoriées par le professionnel dans un document électronique de traçabilité. Ce document électronique sera mis à disposition de l'ensemble des professionnels de santé par l'ANDPC à partir de septembre 2017. Il s'agit d'un document strictement personnel qui permet à chaque professionnel de justifier de son obligation de DPC sur une période de trois ans.

La mise en œuvre du DPC devra prendre en compte les besoins identifiés relatifs à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la gestion des risques, dans le cadre de la politique d'amélioration de la qualité-sécurité des soins et de la certification des établissements.

II. – LES AXES DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES IDENTIFIÉS AU TITRE DE L'ANNÉE 2018

Les actions de formation nationales (AFN) ainsi que les axes prioritaires de formation identifiés pour l'année 2018 ont été priorisés dans le cadre de la concertation menée avec les membres de la commission de la formation professionnelle du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

II.1. *Des actions de formation nationales (AFN)*

– En déclinaison des sujets liés à l'évolution sociétale et à la qualité de vie au travail

Pour 2018, sont plus particulièrement développés dans ce contexte deux AFN :

– La stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « prendre soin de ceux qui soignent » a pour objectif de placer la qualité de vie au travail (QVT) au cœur des organisations de travail et d'en faire un fondement indispensable à l'atteinte des objectifs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en termes de qualité des soins et de performance sociale. La diffusion d'une culture QVT nécessite conjointement une appropriation de la notion par l'ensemble des acteurs exerçant en milieu de soins et la mise en œuvre d'actions locales et ciblées permettant d'expérimenter cette démarche. Ainsi, l'action nationale de formation « Déployer la qualité de vie au travail dans les établissements de la FPH » vise à fournir les outils nécessaires à la diffusion et à la mise en œuvre de cette culture. Elle s'articule et complète l'orientation prioritaire « Mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de la FPH » inscrite dans l'instruction relative au développement des compétences pour 2017.

– Les personnels des établissements sont confrontés à des violences et des incivilités, et le contexte de la menace terroriste et les récents attentats nécessitent une vigilance accrue, ainsi que la mise en œuvre de mesures particulières de sécurité : l'action nationale « former des professionnels de santé en matière de vigilance, de prévention, de protection et de réaction dans le cadre de l'amélioration de la sécurité globale de l'établissement de santé (incivilités, actes malveillants, accidents majeurs, menace terroriste et attentats) » a pour objectif de développer une culture pérenne de la gestion des risques et de la vigilance dans les établissements.

– Autour du projet médical et de soins partagés, en complément du plan d'accompagnement à la mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire (GHT) initié en 2016-2017 :

Les 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT), se sont constitués dès juillet 2016. Les projets médicaux et de soins partagés sont en cours de finalisation et doivent être soumis aux agences régionales de santé début juillet 2017. Leur application concrète et leur opérabilité se réaliseront progressivement avec la mise en place de cette réforme sur le territoire dont la finalité est « de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ». La mise en œuvre de ces projets médicaux et de soins partagés nécessite de structurer les organisations autour des parcours des patients. L'action nationale de formation « Mettre en œuvre des organisations médicales et soignantes autour des filières du projet médical et du projet de soins partagés » proposée pour 2018 s'inscrit dans cette ambition.

Cette action de formation nationale vient en complément des autres priorités de formation relatives à la mise en œuvre des GHT, déjà identifiées l'an dernier. Outre la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins partagés, les GHT vont devoir mettre en œuvre les fonctions supports dévolues à l'établissement support (systèmes d'information, département de l'information médicale, fonction achat, coordination des plans de formation continue et des plans de développement professionnel continu, etc.). Pour accompagner les établissements et faciliter le passage des « jalons reglementaires », un plan national d'accompagnement à été initié. Ce plan comporte un ensemble de dispositifs supplétifs et, tout particulièrement des actions de formations à destination des professionnels.

– Correspondant aux actions de DPC pour les professionnels de santé

Pour 2018, sont plus particulièrement développées deux actions en lien avec les plans de santé publique :

– Les maladies liées au vieillissement font l'objet d'une attention particulière, notamment dans le cadre du plan maladies neurodégénératives (PNMD) 2014-2019 : l'action de formation nationale « Améliorer la prise en charge de la douleur et de la souffrance dans les maladies neuro-dégénératives en établissement de santé et en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) » vient compléter le dispositif AFN initié en 2017 « savoir prendre en charge un malade atteint de la maladie de parkinson en service non spécialisé en neurologie et en EHPAD » dans le cadre de ce même plan.

– L'action de formation nationale « Accompagner et prendre en charge des adultes avec troubles du spectre autistique (TSA) » décline l'axe 2 « accompagner tout au long de la vie » et l'axe 5 « former l'ensemble des acteurs » du plan autisme 2013-2017 en cours et le 4e plan à venir, avec pour objectif de diffuser auprès des professionnels la recommandation 2017 conjointe de l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) et de la haute autorité de santé (HAS) « autisme et autres troubles envahissant du développement : les interventions et le projet personnalisé chez l'adulte ».

– Des actions nationales de formation réactualisées et rappelées

Il convient de rappeler l'importance de l'AFN proposée en 2015 et en cours de déploiement « Savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale lors de la prise en charge de patients dans les établissements de la FPH », réactualisée cette année dans le contexte du plan 2017-2019 de lutte contre les violences faites aux enfants.

Par ailleurs sont plus particulièrement soulignées en lien avec les thématiques d'axes de formation proposées pour 2018 :

– L'« Amélioration de la pertinence des soins en équipe » (AFN 2016) et notamment l'amélioration de la pertinence des examens d'imagerie.

– Dans le champ médico-social et social : l'« Amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe dans le cadre de partenariats entre équipes sanitaires et médico-sociales » (AFN 2016) et la « Prise en charge et accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité sociale » (AFN 2016).

II.2. *Des axes prioritaires de formation pour 2018*

– Contribuer au développement des ressources humaines, à la qualité de vie au travail et aux évolutions organisationnelles

Les axes de développement des compétences « Former à la prévention et à la détection des risques psychosociaux » et « Accompagner les évolutions organisationnelles et de pratiques professionnelles liées à la mise en œuvre des compétences de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) » font écho aux AFN en lien avec la qualité de vie au travail et les groupements hospitaliers de territoire. L'importance des acteurs et instances de prévention des conflits avec les usagers du système de santé est également rappelée.

– Améliorer les pratiques de soins des équipes pluri-professionnelles dans un cadre spécifique

Il convient dans le contexte actuel de rappeler la formation aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle, intégrant la formation des professionnels de santé à la prise en charge de victimes d'attentats et à l'intervention médico-psychologique. La sensibilisation des acteurs de terrain au don d'organe et à la greffe est également un enjeu (plan greffe 2017-2021), de même que la promotion d'une culture des soins palliatifs en fin de vie.

La prise en charge des aidants, transversale à plusieurs plans nationaux (prévention de la perte d'autonomie, PNMD, soins palliatifs et accompagnement en fin de vie 2015-2018 et plan cancer 2014-2019) est identifiée comme prioritaire, dans l'objectif d'améliorer l'accompagnement et le repérage d'un proche aidant en souffrance ou en rupture de suivi médical et de mobiliser tous les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, ainsi que les ressources des territoires (plateformes d'accompagnement et de répit…).

Les sujets qui ciblent plus particulièrement le secteur médico-social et social, tels que « l'inégalité de l'accès aux soins », « l'accueil et de la prise en charge des personnes à risque ou en situation de handicap d'origine psychique » , « l'hospitalisation à domicile auprès des personnes en situation de handicap » amènent à rappeler les actions de formation nationales développées en 2016 citées précédemment.

– Améliorer la prévention et la prise en charge

Plusieurs sujets de prévention sont également soulignés, dont les sujets transversaux à plusieurs programmes nationaux (plan national de réduction du tabagisme (PNRT) et plan cancer 2014-2019, plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017). Il s'agit notamment du développement chez les professionnels de santé « des compétences en matière de repérage et la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui présente une addiction » ; de l'aide à l'arrêt du tabac et de l'élargissement de la prescription de substituts nicotiniques à de nouveaux professionnels de santé dans le cadre de la LMSS pour « développer la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui fume vers l'arrêt du tabac », comme dans le champ de la santé mentale.

– Développer la santé environnementale

La santé environnementale s'inscrit également comme un thème prioritaire, tant pour les personnels concernés que dans l'intérêt du patient. Trois sujets sont priorisés pour 2018 dans ce domaine portant sur les « pathologies d'origine professionnelle ou environnementale », « la qualité sonore » et « la qualité de l'air ».

Enfin, les sujets liés à la stratégie du numérique en santé (e-santé) et notamment à la connaissance et à l'utilisation des systèmes d'information d'aide à la coordination et à la gestion des parcours de soins doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Nous vous recommandons, en fonction de l'activité de vos établissements, de mettre en œuvre ces orientations de développement des compétences afin d'améliorer l'accueil, la qualité et la sécurité de la prise en charge ainsi que le parcours des patients et résidents.

Pour la ministre et par délégation :

Le directrice générale de l'offre de soins,
C. Courrèges

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

Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE 1

ACTIONS ET AXES PRIORITAIRES DE FORMATION NATIONALE AU TITRE DE L'ANNÉE 2018

- Actions nationales de formation 2018

- ✓ Déployer la qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de la fonction publique hospitalière (FPH) *(AFN 2018) ;*

Fiche 1

- ✓ Former les professionnels de santé en matière de vigilance, de prévention, de protection et de réaction dans le cadre de l'amélioration de la sécurité globale de l'établissement de santé (incivilités, actes malveillants, accidents majeurs, menace terroriste et attentats) *(AFN 2018) ;*

Fiche 2

- ✓ Mettre en œuvre des organisations médicales et soignantes autour des filières du projet médical et du projet de soins partagés *(AFN 2018) ;*

Fiche 3

- ✓ Améliorer la prise en charge de la douleur et de la souffrance dans les maladies neurodégénératives en établissement de santé et en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) *(AFN 2018) ;*

Fiche 4

- ✓ Accompagner et prendre en charge des adultes avec troubles du spectre autistique (TSA) *(AFN 2018).*

Fiche 5

- Actions de formation nationale réactualisées et rappelées

- ✓ Savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale lors de la prise en charge de patients dans les établissements de la FPH *(fiche AFN 2015 réactualisée)*

Fiche 6

II- Axes prioritaires de formation 2018

- Contribuer au développement des ressources humaines, à la qualité de vie au travail et aux évolutions organisationnelles

- ✓ Former à la prévention et à la détection des risques psychosociaux (RPS)

Fiche 7

- ✓ Accompagner les évolutions organisationnelles et de pratiques professionnelles liées à la mise en œuvre des compétences de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT)

Fiche 8

- ✓ Acteurs et instances de prévention des conflits avec les usagers du système de santé

Fiche 9

- Améliorer les pratiques de soins des équipes pluri-professionnelles dans un cadre spécifique

- ✓ Former les professionnels de santé aux gestes et soins d'urgence et aux situations sanitaires exceptionnelles

Fiche 10

- ✓ Sensibiliser les acteurs de terrain (urgence, réanimation, unités neuro-vasculaires, neurochirurgie, …) aux enjeux du don d'organe et de la greffe (nouveau plan greffe 2017-2021)

Fiche 11

- ✓ Promouvoir une culture des soins palliatifs et les nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie

Fiche 12

- ✓ Améliorer le repérage et la prise en charge des aidants

Fiche 13

- ✓ Hospitalisation à domicile auprès des personnes en situation de handicap : connaissance du handicap et collaboration avec les équipes médico-sociales

Fiche 14

- ✓ Prendre en compte de la différence et de l'éloignement dans les inégalités d'accès et la qualité des soins : la place de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique dans l'accueil des personnes précaires ou migrantes

Fiche 15

- ✓ Spécificités de l'accueil et de la prise en charge des personnes à risque ou en situation de handicap d'origine psychique

Fiche 16

- ✓ Repérage précoce du risque suicidaire des personnes souffrant de troubles mentaux

Fiche 17

- Améliorer la prévention et la prise en charge

- ✓ Développer chez les professionnels de santé les compétences en matière de repérage (questionnaires, repérage précoce et d'intervention brève RPIB) et la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui présente une addiction

Fiche 18

- ✓ Aide à l'arrêt du tabac et prescriptions de substituts nicotiniques : développer chez les professionnels de santé la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui fume vers l'arrêt du tabac

Fiche 19

- ✓ Aborder la santé sexuelle : éducation et conseil

Fiche 20

- ✓ Développer les connaissances théoriques et pratiques sur l'émergence et la diffusion de l'antibiorésistance et ses modalités de prévention

Fiche 21

- Développer la santé environnementale

- ✓ Développer les compétences des équipes pluriprofessionnelles pour mieux informer et accompagner les patients sur leurs droits sociaux liés à leur affection, notamment dans le cadre des pathologies d'origine professionnelle ou environnementale

Fiche 22

- ✓ Préserver la qualité sonore au sein des établissements de santé au bénéfice des patients et du personnel

Fiche 23

- ✓ Développer les compétences des équipes pluriprofessionnelles au sein des établissements de santé sur la qualité de l'air (intérieur et extérieur) pour améliorer les pratiques au sein de l'établissement.

Fiche 24

FICHE 1 – Axe de formation – AFN 2018	
Intitulé	**Déployer la qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de la FPH**
Contexte	La ministre en charge de la santé a présenté le 5 décembre 2016 une **stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail** (SN-QVT) aux représentants des professionnels de santé des établissements sanitaires et médico-sociaux. Elle comporte de nombreux engagements parmi lesquels l'engagement 2 « ***Adapter les formations initiales et continues pour développer la qualité de vie au travail*** » de l'axe I *« Donner une impulsion nationale pour porter une priorité politique »* et l'engagement 5 *« Placer la QVT au cœur du dialogue et des politiques sociales »* en incitant les établissements à inscrire au projet d'établissement, dans la partie projet social d'établissement, un volet consacré à la qualité de vie au travail de l'ensemble des professionnels de l'axe II « ***Améliorer l'environnement et les conditions de travail des professionnels au quotidien*** ». Enjeu de santé et de bien-être au travail des professionnels de santé, **la qualité de vie au travail est une condition incontournable de la qualité de prise en charge des patients**. **Elle renforce aussi l'attractivité des emplois, le sentiment d'appartenance et la motivation.** Elle repose sur des modalités de participation des professionnels à tous les niveaux de l'établissement et sur l'expérimentation de nouvelles modalités pour penser l'organisation. Elle induit le fait de « penser autrement la place du travail dans l'organisation de l'établissement », d'intégrer le développement personnel et professionnel, ainsi que de pérenniser les équipes par rapport au turnover. Les liens avérés entre qualité de vie au travail et qualité des soins ont d'ailleurs conduit **la Haute Autorité de Santé (HAS) à intégrer la qualité de vie au travail comme une des dimensions à prendre en compte dans le cadre de la certification des établissements de santé**. Enfin, **en écho à l'expérimentation « clusters pour le développement de la démarche qualité de vie au travail » lancée en décembre 2015**, la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la haute autorité de santé (HAS) et l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ont reconduit, pour l'année 2017, un appel à candidatures pour expérimenter, au sein de clusters composés de 5 à 8 établissements, une approche de leurs projets à nouveau fondée « pour le déploiement de démarches qualité de vie au travail » (QVT). Au regard de ces éléments, **il semble important qu'une action de formation mise en œuvre à compter de 2018**, utilisant la méthodologie et les documents publiés par la HAS et l'ANACT, puisse être proposée à l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux **pour étendre le déploiement d'une démarche qualité de vie au travail dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH)**.

FICHE 1 – Axe de formation – AFN 2018	
Objectifs de la formation	- **Sensibiliser l'ensemble des professionnels** à la qualité de vie au travail ; - Savoir **mettre en œuvre une démarche qualité de vie au travail** en lien avec un projet organisationnel de l'établissement ; - Inciter les établissements à **intégrer au projet social de l'établissement un volet consacré à la qualité de vie au travail** de l'ensemble des professionnels. - Être en mesure d'impulser et **faire vivre des espaces de discussion sur le travai**l en lien avec les circuits de décision de l'établissement ; - **Être acteur opérationnel de la qualité de vie au travail** et savoir utiliser les outils nécessaires ; - Former les professionnels amenés à **conduire des équipes à développer des pratiques favorisant le bien-être au travail** des personnes qu'ils encadreront. - Redonner à **l'encadrement intermédiaire des marges de manœuvre** pour réguler les problèmes organisationnels liés au travail.
Eléments du programme	**L'action I « Appréhender et développer la qualité de vie au travail »** s'adresse à l'ensemble des agents de l'établissement **L'action II « Approfondissement et amélioration de la qualité de vie au travail mise en œuvre au sein de l'établissement »** s'adresse aux membres des équipes de direction, à l'encadrement et à l'encadrement supérieur de tous secteurs d'activité. **I- Appréhender et développer la qualité de vie au travail** **1-Concepts et démarches** : « qualité de vie au travail », « espaces de discussion », « management du travail », « organisations apprenantes », « analyse de l'activité », « expérimentation », « évaluation embarquée », « environnement de travail », « articulation entre les temps de la vie professionnelle et de la vie personnelle ». **2-Expériences de développement de qualité de vie au travail dans différentes entreprises** : des démarches de qualité de vie au travail en soutien à des projets de transformation, exemples d'expériences d'établissements. **3-Etat des lieux des sujets QVT propres à l'établissement** en distinguant ce qui se relève d'une analyse et d'une résolution locale (dans le cadre d'un espace de discussion sur le travail par exemple), de ce qui relève d'une démarche QVT en accompagnement d'un projet organisationnel de l'établissement. **4- Mise en place d'une démarche expérimentale de la qualité de vie au travail au sein d'un établissement** : définition d'un périmètre (unité, service, pôle, établissement), insertion du projet dans les circuits décisionnels de l'établissement (articulation entre les espaces opérationnels et décisionnels), accompagnement d'un projet technico-organisationnel, dispositif d'interprétation des résultats, suivi et évaluation de la démarche, choix des indicateurs **II- Approfondissement et amélioration de la qualité de vie au travail mise en œuvre au sein de l'établissement**

FICHE 1 – Axe de formation – AFN 2018	
	1. Identifier les leviers d'amélioration de la QVT : Savoir mettre en place des indicateurs et les décliner en outils opérationnels visant à améliorer leurs résultats : -gestion des plannings (tableau de suivi), -inscription de la qualité de vie au travail dans le projet social de l'établissement, -équilibre vie professionnelle / vie personnelle, -existence de services pratiques (les crèches…) -chartes du temps (organisation des temps de travail), -focus sur l'égalité professionnelle, respect de la diversité et de la non-discrimination…), -partage de valeurs propres à chaque établissement (critères de qualité, engagement participatif…), -promotion de parcours et le développement professionnel (formation, parcours et compétences…). **2. Développer une approche réflexive** sur la qualité de vie au travail et apprendre à **impulser collectivement la démarche QVT** au sein de l'établissement : - Comment mettre en place un projet associant davantage les personnels à sa construction ? - Comment faire du management participatif pour transformer au plus près des unités de travail l'organisation et les règles de travail ? - Comment penser en réseau ? - Comment faire remonter les événements de terrain et en tenir compte dans la transformation des organisations ? **3. Facteurs à prendre en compte** **- Importance du rôle de l'encadrement dans la qualité de vie au travai**l : proximité auprès des agents, gestion et l'animation d'équipe, leviers de la reconnaissance, résolution des conflits, conduite de projets, principe de subsidiarité, charge de travail des manageurs, qualité de l'information et communication, management du travail (intégration effective du travail dans les modes d'organisation et dans le fonctionnement global de l'établissement sanitaire, sociale et médico-social). **- Importance de l'équipe :** vie des collectifs de travail, espaces de discussion (échanger en vue d'améliorer le travail et les conditions de sa réalisation) et implication de chaque agent (travail en équipe : travail collectif, travail solidaire, travail en sécurité et de qualité). **- Implication des acteurs institutionnels (direction, partenaires sociaux, instances)** : articulation des démarches participatives, concertation et négociation, processus de décision.

FICHE 1 – Axe de formation – AFN 2018	
Public	**L'action I « Appréhender et développer la qualité de vie au travail »** s'adresse à l'ensemble des agents de l'établissement **L'action II « Approfondissement et amélioration de la qualité de vie au travail mise en œuvre au sein de l'établissement »** s'adresse aux membres des équipes de direction, à l'encadrement et à l'encadrement supérieur de tous secteurs d'activité. La participation d'une ***équipe constituée par établissement*** lors d'une même session de formation est un objectif qui doit permettre le déploiement facilité d'une démarche qualité de vie au travail.

FICHE 2 – Axe de formation – AFN 2018	
Intitulé	**Former les professionnels de santé en matière de vigilance, de prévention, de protection et de réaction dans le cadre de l'amélioration de la sécurité globale de l'établissement de santé (incivilités, actes malveillants, accidents majeurs, menace terroriste et attentats)**
Contexte	En plus des violences et des incivilités auxquelles le personnel de santé est régulièrement confronté, le contexte de la menace terroriste et les récents attentats **nécessitent une vigilance accrue et rendent nécessaire la mise en œuvre de mesures particulières de sécurité au sein des établissements de santé**. Afin d'y répondre, un plan d'action a été établi. La lettre conjointe des ministres des affaires sociales et de la santé et de l'intérieur relative à la sécurisation des établissements de santé du 16 novembre 2016 (réf. NOR AFSC1633394C) en fixe les principales orientations. Le plan d'action est décliné dans l'instruction n°SG/HFDS/2016/137 du 16 novembre relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé publics et privés. **Ils** devront **élaborer une politique globale de sécurité intégrant notamment la prévention des attentats**. Dans ce domaine, **leur responsabilité** s'exerce tant vis-à-vis du personnel, au titre de la responsabilité de l'employeur, que vis-à-vis des patients, usagers et prestataires (art. L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail). À ce titre, une attention particulière sera portée **à la sensibilisation et à la formation de l'ensemble du personnel sur son rôle en matière de vigilance, de prévention et de réaction dans le cadre de l'amélioration de la sécurité de l'établissement**.
Objectifs de la formation	La prévention des crises de différentes natures s'inscrit à la fois dans le cadre de l'amélioration du climat quotidien et de la réduction des risques et des menaces auxquelles sont confrontés les établissements de santé. L'objectif de cette formation est de disposer, sur l'ensemble du territoire, de professionnels de santé sensibilisés **aux réactions à**

FICHE 2 – Axe de formation – AFN 2018	
	tenir face aux incivilités, violences et attaques terroristes. Elle s'inscrit en cohérence avec les modules de formation aux enjeux de sécurité qui seront mis en place en 2018 dans le cadre de la formation initiale du personnel de direction, médical, paramédical et administratif. Il s'agit bien de développer une véritable **« culture pérenne de la gestion des risques et de la vigilance »,** permettant une réaction individuelle et collective efficace face aux violences et aux menaces de plus en plus variées et propre à garantir l'accueil et la qualité de l'offre de soins dus aux patients. Avec en trame de fond l'utilisation d'un message fort à faire passer vis-à-vis de l'ensemble du personnel **:** **« Prendre soin de son patient, c'est être aussi vigilant »**
Eléments du programme	1) Mobiliser les membres de la communauté de santé pour que tous contribuent à la sécurité de l'établissement ; 2) Contribuer à l'instauration et au maintien d'un climat propice aux soins et veiller au bien-être des personnels et des patients ; 3) Appréhender les fondements juridiques et les bases légales (code pénal, code de procédure pénale, etc.) face aux incivilités, actes de malveillance et risques d'attentats ; 4) Savoir anticiper les signaux faibles et les situations à risques, exceptionnelles, endogènes ou exogènes à un établissement de santé, susceptibles de perturber le fonctionnement normal de l'activité ; 5) Maîtriser les processus d'identification et d'alerte face à une situation exceptionnelle ; 6) Savoir gérer la crise dans le cadre du fonctionnement interne, permettant à chacun des acteurs de retrouver des mécanismes de positionnement et de répartition des rôles, en lien avec le poste fonctionnel occupé au sein de l'établissement ; 7) Aborder les bases de la communication interne et externe à tenir en matière d'événements violents dans l'établissement.
Public	Professionnels de santé et personnels des établissements de santé.

Observations complémentaires:
Documents de référence des Ministères sociaux : Guides « Vigilance attentats : les bons réflexes » à destination des équipes de direction et du personnel des établissements de santé, sociaux et médicaux sociaux.
http://www.gouvernement.fr/reagir-attaque-terroriste
http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/observatoire-nationaldes-violences-en-milieu-de-sante-onvs/article/onvs-les-bonnes-pratiques-contre-les-violences-en-milieu-de-sante

FICHE 3 – Axe de formation – AFN 2018	
Intitulé	**Mettre en œuvre des organisations médicales et soignantes autour des filières du projet médical et du projet de soins partagés**
Contexte	Les GHT ont été créés depuis l'été 2016 et les projets médicaux et projets de soins partagés sont élaborés à l'été 2017. **Conformément à l'article R6132-3 du code de la santé publique, le projet médical partagé doit être construit selon une approche patient, autour de filières de prise en charge**. Pour chaque filière, le projet médical partagé précise la répartition entre les différents établissements, des activités selon le niveau de gradation de prise en charge. **La mise en œuvre du projet médical et du projet de soins partagés suppose une transformation des organisations et pratiques professionnelles afin de s'inscrire dans cette approche par filière.**
Objectifs de la formation	**Permettre aux professionnels de santé de :** • Comprendre et assimiler ce qu'est une filière de soins dans le cadre des GHT ; • Formaliser les chemins cliniques ; • Développer une gouvernance clinique et un management par la clinique ; • Mobiliser des modes d'évaluation comme celle du patient traceur, à l'échelle du GHT, donc en inter-établissement, pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre opérationnelle de ces filières de soins ; • Développer la pluri-professionnalité, la collégialité et les pratiques collaboratives ; • Structurer les interactions entre chaque niveau d'intervention des professionnels afin de limiter les ruptures de prise en charge.
Eléments du programme	**Apport théorique et pratique sur** : - les filières de soins conformément aux orientations des pouvoirs publics ; - la méthode d'évaluation du patient traceur ; - les analyses de processus ; - la gouvernance clinique et le management par la clinique ; - les pratiques collaboratives ; - la démarche continue d'amélioration de la qualité.
Public	Professionnels des établissements de la FPH (responsables médicaux, encadrement, responsables de secteurs d'activité, personnels soignants…) dans le cadre d'une approche d'équipe. Il est souhaitable que des équipes pluri-disciplinaires soient constituées et puissent participer conjointement à une même session de formation.

FICHE 4 – Axe de formation – AFN 2018	
Intitulé	**Améliorer la prise en charge la douleur et la souffrance dans les maladies neuro-dégénératives (en établissement de santé et en EHPAD)**
Contexte	L'amélioration de la qualité de vie ainsi que de la réponse aux attentes et besoins des personnes touchées par une maladie neuro-dégénérative constituent une priorité nationale matérialisée par **le plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019.** Le nombre de personnes atteintes est en constante progression, en particulier pour les pathologies affectant les fonctions cognitives. Ainsi, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées touchent près d'un million de personnes en France. La maladie de Parkinson et la sclérose en plaques affectent quant à elles plus de 250 000 personnes. La douleur est un symptôme commun aux maladies neuro-dégénératives, qui, s'il n'est pas systématique est fréquent et lourdement invalidant. Deux tiers des malades de Parkinson souffrent de façon chronique quel que soit le stade de la maladie. La douleur survient souvent très précocement et s'aggrave avec l'évolution de la maladie. De même, elle est un symptôme fréquent de la sclérose en plaques, dont 60% des malades souffriraient. C'est dans le cas de la maladie d'Alzheimer que la douleur est particulièrement difficile à diagnostiquer et à soigner. En effet, mal ou non exprimée, souvent à l'origine de troubles psycho-comportementaux mal interprétés, elle est sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge. Un colloque organisé par AVIESAN (l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé) et l'Institut thématique multi organismes (ITMO) neurosciences en mai 2016 a permis aux différents acteurs (représentants de diverses disciplines médicales et paramédicales, d'associations, ainsi que chercheurs et malades) de faire le point sur les attentes et les besoins dans le domaine du soin et de la recherche. Il a été en particulier souligné d'une part, la complexité de la prise en charge des douleurs neuropathiques qui peuvent coexister avec des douleurs inflammatoires mais ne peuvent être soulagées par des antalgiques et d'autre part, la méconnaissance de la prise en charge pluridisciplinaire des douleurs neuropathiques. La mise en place de programmes de formation des professionnels leur permettant de mieux identifier la douleur neuropathique, ses spécificités ainsi que les modes de prise en charge les plus adaptés à la soulager est donc nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies neurodégénérative qui en souffrent.

Objectifs de la formation	Mieux faire connaitre les spécificités des douleurs et souffrances dans les MND, présenter les différentes approches et traitements disponibles (médicamenteux et non médicamenteux) ainsi que les innovations à attendre dans ce domaine.
Eléments du programme	-l'identification de la douleur neuropathique dans le cadre général de la douleur ; - les particularités des douleurs neuropathiques dans les MND ; - les traitements médicamenteux et non médicamenteux ; - les innovations à attendre dans le domaine.
Public	Personnels médicaux et paramédicaux, aides-soignants intervenant dans les secteurs hospitaliers et établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), auprès de personnes souffrant de MND dans le cadre d'approches pluriprofessionnelles.

FICHE 5 – Axe de formation – AFN 2018	
Intitulé	**Accompagner et prendre en charge des adultes avec troubles du spectre autistique (TSA)**
Contexte	La Haute Autorité de Santé a estimé, sur la base des études internationales, qu'un nouveau-né sur 150 serait concerné par des troubles du spectre de l'autisme (TSA). En 2016, la prévalence serait estimée à 1 pour 100. L'accompagnement et la prise en charge des personnes avec TSA est une priorité de la politique nationale de santé, en témoigne le **3ème plan autisme en cours (2013-2017), et le 4ème plan annoncé par le Président à l'été 2016.** L'accompagnement et la prise en charge des adultes avec TSA sera un axe fort de la politique nationale à partir de 2017. Cette formation permettra : - la mise en œuvre de la recommandation « interventions et parcours de vie chez l'adulte avec TSA », ANESM/HAS qui sera publiée fin 2017, mais dont une première version non publiée sera disponible à la fin du 1er semestre 2017. - **le suivi de la mise en œuvre du 3ème Plan autisme (2013-2017) : l'axe 2 (accompagner tout au long de la vie) et l'axe 5 (former l'ensemble des acteurs).** - **la mise en œuvre du 4ème Plan autisme (objectif de publication en septembre 2017)** : qui prévoira des actions spécifiques concernant l'accompagnement, les pratiques de soins et l'inclusion sociale des adultes autistes.
Objectifs de la formation	L'objectif de la formation est de diffuser auprès des professionnels la recommandation « interventions et parcours de vie chez l'adulte avec TSA », ANESM/HAS 2017 et de contribuer à leur appropriation par les équipes. La finalité des recommandations dans le champ des TSA est « d'assurer la continuité des interventions à mettre en œuvre auprès [des] enfants et adolescents lors du passage à l'âge adulte et toute leur vie, et d'adapter les modalités d'intervention et d'organisation pour l'accompagnement des personnes adultes avec des TED et des troubles associés, notamment sensoriels ». Il est essentiel de les diffuser auprès des professionnels et de contribuer à leur appropriation par les équipes. Les enjeux pour les professionnels : - améliorer et harmoniser les modes d'accompagnement et les pratiques de soins en tenant compte des spécificités des personnes adultes autistes, - assurer la cohérence des modes d'accompagnement et des pratiques de soins entre l'adolescence et l'âge adulte.

FICHE 5 – Axe de formation – AFN 2018	
	Les enjeux pour les personnes avec TSA : - améliorer leur autonomie et leur qualité de vie, les aider à conserver leurs acquis et à poursuivre leur développement, - améliorer leur participation sociale dans tous les domaines (logement, vie sociale, vie professionnelle, formation professionnelle et enseignement supérieur, loisirs, etc.).
Eléments du programme	- L'appropriation par les professionnels de la mise en œuvre des RPPB HAS /ANESM auprès de chaque patient autiste / personne autiste accueillie/prise en charge par la structure : - Quelle est place de la personne, de sa famille et de son représentant légal ? Comment élaborer le projet personnalisé ? Comment articuler projet personnalisé et évaluations ? Quelles interventions proposer en fonction des besoins et attentes repérés dans chacun des domaines identifiés ? Comment assurer l'organisation optimale des interventions et du parcours de l'adulte ?
Public	En priorité les personnels paramédicaux et médicaux des établissements sanitaires autorisés en psychiatrie et des personnels des établissements et services médico-sociaux qui sont susceptibles d'accueillir des adultes avec TSA.

FICHE 6 – Axe de formation – *(fiche* AFN 2015 *réactualisée)*	
Intitulé	**Savoir identifier les situations de violence conjugale et familiale lors de la prise en charge de patients dans les établissements de la FPH**
Contexte	**Dans le cadre du plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019**, il est important de rappeler la nécessité de former les personnels des secteurs accueillant des enfants à la prévention, **à la détection et à la prise en charge des cas de violences intrafamiliales infligées aux enfants**. Cette action, initiée dans le cadre du **plan de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes (2014-2016)** qui prévoyait un renforcement de l'organisation de l'action publique et la mobilisation de la société face à ces violences, s'inscrit dans la **stratégie nationale de santé.** Chaque année en moyenne 223 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences conjugales dans ses formes les plus graves (violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint ou ex-conjoint). En 2014, 118 femmes et 25 hommes ont été tué-e-s par leur conjoint ou ex-conjoint. 35 enfants mineur-e-s ont été tués dans le cadre de violences au sein du couple. **Or, les situations de violence conjugale et/ou familiale *ne sont pas fréquemment signalées ou déclarées par les victimes elles-mêmes*** : s'agissant des femmes, on estime à 58 % le nombre de celles n'entreprenant aucune démarche de signalement. Mais c'est d'abord vers les professionnels de santé que se tournent les victimes. Dans ce contexte, les professionnels des établissements de santé ou des structures sociales de la FPH peuvent avoir un rôle important dans le repérage, l'accompagnement, le signalement et la protection de ces victimes. **Une formation spécifique des professionnels de la FPH peut donc contribuer aux objectifs définis par le gouvernement tant pour les adultes victimes de violence que pour l'enfance en danger.**
Objectifs de la formation	- Acquérir les connaissances juridiques nécessaires à la protection des personnes, adultes et enfants victimes de violence ; -Acquérir les connaissances de base sur le mécanisme des violences conjugales et familiales, sur l'emprise et les symptômes consécutifs aux traumatismes ; -Repérer les signes et les comportements permettant de suspecter l'existence de violences sur des femmes, hommes et/ ou des enfants ; -Connaître les conditions propices, outils et pratiques professionnelles facilitant l'expression des victimes et développer sa capacité à aborder avec bienveillance et efficacité les situations délicates ; -Développer une compétence d'équipe dans la prise en charge des victimes de violence pour élaborer un dispositif de repérage et de prise en charge performant au sein de la structure d'activité, puis d'aide à l'orientation et à l'accompagnement des victimes ; -Identifier les partenaires extérieurs nécessaires à la prise en charge.

FICHE 6 – Axe de formation – *(fiche* AFN 2015 *réactualisée)*	
Eléments du programme	**I- L'action publique et la réglementation dans le domaine de la protection des adultes, femmes et hommes, ainsi que des enfants victimes de violence** - Aspects épidémiologiques des violences faites aux femmes et des violences conjugales - L'implication des institutions internationales et européennes dans la lutte contre les violences conjugales et familiales - L'action publique en France : 4ème plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes ; rôle de la mission interministérielle de protection des femmes contre les violences et de lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) ; rôle de l'observatoire national de l'enfance en danger - Etat de la législation et de la réglementation : responsabilité civile et pénale des différents acteurs ; dispositions législatives et réglementaires concernant la protection des victimes de violence - Connaissance des démarches et des procédures adaptées à la mise en sécurité des victimes de violence au sein du couple et de la famille. **II- L'identification des victimes de violence et les techniques à utiliser pour favoriser l'expression des victimes** -La problématique des violences conjugales et familiales : la violence au sein du couple et de la famille, contexte, mécanisme, l'emprise. - L'identification et la reconnaissance du traumatisme et de l'état de stress post-traumatique. -Les répercussions sur la victime des stratégies de l'agresseur et le phénomène de l'emprise, les comportements de repli ou de déni de la part des victimes. • **Le repérage des situations de violence chez les adultes, hommes et femmes** : - Conséquences physiques, psychologiques et somatiques des violences sur les victimes ; - Eléments de connaissance sur la psychologie des victimes de violences conjugales.et les conséquences psycho-traumatiques ; - Le repérage du vécu des victimes ; - Les conditions de mise en confiance ; - Les techniques d'entretien : le langage, le schéma de conduite d'entretien, l'écoute active et la relation d'aide ; - la méthode à adopter dans l'identification de situations de violence : compréhension du positionnement de la victime et de ses freins ; le développement de l'acuité à observer et à écouter ces victimes tout en respectant leur mode de fonctionnement. • **Le repérage des situations de violence chez les enfants** *(enfants -témoins exposés aux violences conjugales, enfants directement victimes des violences d'un parent ou des parents)* - L'impact des violences au sein du couple sur les enfants ; - Le repérage des signes de souffrance de l'enfant ; le trouble de stress-post-traumatique spécifique aux enfants ; - Le repérage des signes de type résilience ; - Les conditions propices pour que l'enfant s'exprime : choix du lieu, mise en confiance, ouverture, bienveillance ;

FICHE 6 – Axe de formation – *(fiche* AFN 2015 *réactualisée)*	
	- Les outils ou supports qui facilitent l'expression de l'enfant - La méthodologie de l'entretien : la technique de l'écoute, les reformulations, les questions ouvertes ou fermées ; - La part de secret et les mécanismes de défense mis en place par l'enfant à la suite du traumatisme. **III – La chaine de prise en charge des victimes de violence et le développement d'une compétence d'équipe dans l'établissement** - Le rôle des différents professionnels de l'établissement dans le repérage, le signalement et la prise en charge des victimes de violence : infirmière ou autre personnel de soins, médecin, psychologue, assistante sociale, encadrement ; - Le partage du savoir et du savoir-faire entre professionnels concernés au sein du service ou de l'établissement permettant ***le développement de compétences partagées*** et ***l'établissement d'un dispositif efficace de repérage et d'accompagnement des situations de violence.*** - *La mise en place d'un réseau interne l'établissement et l'identification d'un réseau partenarial externe pour l'accompagnement et la prise en charge médico-psychologique, sociale et juridique.*
Public	-Professionnels soignants, paramédicaux et médicaux, notamment des services d'urgence, unités médico-judiciaires, de gynécologie-obstétrique, des unités d'interruption volontaire de grossesse (IVG), des services de pédiatrie et de prise en charge des adolescents, des services de chirurgie orthopédique dans les établissements de santé. -Professionnels des structures sociales d'accueil des femmes et des enfants (Centres d'hébergements et de réinsertion sociale (CHRS), foyers d'hébergements …). Travailleurs sociaux des établissements de santé et des établissements sociaux et psychologues de ces différentes structures ***La participation à cette formation de plusieurs agents d'une même équipe ou service serait favorable au développement des compétences d'équipe dans le repérage des victimes de violence.***

Observations complémentaires :
S'agissant des situations de violence chez les enfants, il est important de prendre en compte non seulement de nouveau-né ou l'enfant hospitalisé, mais également la fratrie.

FICHE 7 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Prévention et détection des risques psychosociaux (RPS)**
Contexte	La présente demande s'inscrit dans un quintuple contexte : - de l'instruction du 20 novembre 2014 qui décline, dans la FPH, le plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les 3 versants de la fonction publique - des résultats de l'enquête DGOS/RPS 2015 relative aux modalités de prise en compte des RPS dans les établissements de la fonction publique hospitalière ; - du rapport 2016 réalisé par le Haut Conseil de la Santé publique quant à l'évaluation du programme national d'actions contre le suicide (PNACS) (2011-2014); - de la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail (SN-QVT) lancée par la ministre le 5 décembre 2016 qui comprend une engagement 10 « *Détecter et prendre en charge les risques psychosociaux* » au sein de l'axe III de la stratégie « *Accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des RPS* » ; - du troisième Plan santé au travail du gouvernement (2016-2020), élaboré en concertation avec les partenaires sociaux au sein du Conseil d'Orientation sur les Conditions de Travail (COCT), qui prévoit comme axe stratégique n°1 de : « *donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention* » et comme objectif opérationnel n°3 de « *cibler les risques prioritaires* » parmi lesquels figurent les risques psychosociaux ; De plus, la DGOS a décidé d'évaluer en 2017, en lien avec l'ANACT, l'appel à projet réalisé entre 2012 et 2015, quant aux actions menées par certains établissements en faveur de la prévention des RPS. Cette fiche s'inscrit donc dans un contexte de forte actualité de sensibilisation des acteurs aux questions de détection et de prévention des RPS.
Objectifs de la formation	Cette formation doit permettre : 1) de sensibiliser les acteurs des établissements sur l'importance de la détection des signes avant-coureurs de RPS 2) d'acquérir des connaissances et de s'approprier les outils en matière de de prévention et de diagnostic des RPS. 3) d'améliorer les activités préventives des établissements de santé dans le domaine des RPS en prenant en compte tous les facteurs de risques, notamment les facteurs organisationnels, managériaux ainsi que les facteurs liés aux conflits de valeurs et à la notion de latitude décisionnelle.
Eléments du programme	**L'action I** du programme concerne l'ensemble des agents de l'établissement. **L'action II** du programme s'adresse aux membres des équipes de direction, à l'encadrement et à l'encadrement supérieur de tous secteurs d'activité.

FICHE 7 – Axe de formation 2018	
	Action I : **Prévention des RPS** 1- Appréhender les politiques mises en œuvre au niveau français et européen en matière de prévention des RPS, ainsi que le cadre juridique. 2- Connaitre des différentes approches de prévention des RPS et modèles d'analyse : -approche organisationnelle (cellules d'écoute et de veille…) ; -approche individuelle (gestion des situations de tension, résolution non violente des conflits, prévention, connaissance des bases de l'écoute active…) -approche sectorielle dans la prévention des risques professionnels en prenant en compte la spécificité des établissements de santé. 3- Apprendre à distinguer les trois niveaux de prévention des RPS: primaire (actions sur les causes des risques), secondaire (actions sur l'amélioration des stratégies d'adaptation de l'agent dans le collectif de travail) et tertiaire (actions de réparation). 4- Connaître les missions et activités des organismes et des instances intervenant dans le domaine au niveau national, régional et local. Connaître également le mécanisme de fonctionnement des crédits des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT) pour lesquels les actions de prévention des RPS sont des postes d'utilisations importants (sur la base des crédits FIR). 5- Délivrer un contenu global et opérationnel sur le thème, allant de la définition du risque à la construction d'une politique de prévention orientée vers l'action en s'appuyant sur les outils mis à la disposition des établissements de santé; soit par le fonds national de prévention (tel que le projet *« Organisation des soins et de la santé des soignants (ORSOSA) »*, porté par un réseau de CHU, soit en utilisant le guide méthodologique validé par le groupe de travail inter-fonction publique. **Action II : Détection et diagnostic des RPS** Complémentaire des mesures organisationnelles, la détection peut contribuer à la réduction du risque. Mais sa mise en place impose d'évaluer précisément le besoin pour identifier la solution adaptée. Elle nécessite aussi de préparer sa mise en œuvre et son suivi régulier. 1. Recueillir certaines données permettant de construire des indicateurs de dépistage - indicateurs liés au fonctionnement de l'établissement : taux d'absentéismes, important turn-over, horaires atypiques… - indicateurs liés à la santé et à la sécurité des agents : fréquence des accidents de travail, troubles musculo-squelettiques, violences verbales ou physiques, fréquence de consultation du médecin du

FICHE 7 – Axe de formation 2018	
	travail ; 2. Déterminer ses propres indicateurs liés à la spécificité de l'établissement (taille, service, effectifs) et les faire valider les instances compétentes de l'établissement (CHSCT, service de santé au travail) ; 3. Mettre en perspective les indicateurs pour les analyser (évolution dans temps, comparaison avec des références nationales, au regard de la dégradation simultanée de nombreux indicateurs) ; 4. Identifier les facteurs de RPS, les repérer et les diagnostiquer ; - Définir et délimiter la notion de RPS au travail ; - Délivrer un cadre d'action pour la prévention et la gestion de ce risque : - Institutionnaliser la détection (process à intégrer dans le fonctionnement classique des établissements) ? - Actions à mettre en œuvre, préconisations, leviers d'action et bonnes pratiques.
Public	Cette formation concernerait : Pour l'action I : L'ensemble des agents de l'établissement. Pour l'action II : 1. Chefs d'établissement 2. Responsables des ressources humaines 3. Personnels d'encadrement des grandes filières professionnelles de la FPH, notamment cadres responsables du pôle 4. Service de la médecine du travail

FICHE 8 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Accompagner les évolutions organisationnelles et de pratiques professionnelles liées à la mise en œuvre des compétences de l'établissement support du GHT**
Contexte	Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été créés depuis l'été 2016 et les établissements supports ont été désignés par la **convention constitutive**. **A compter du 1er janvier 2018, au plus tard, l'établissement support sera compétent et responsable pour :** - la gestion commune d'un système d'information convergent, - la gestion d'un département de l'information médicale de territoire, - la fonction achats, - la coordination des instituts et des écoles de formation, - la coordination des plans de formation et de DPC, - l'organisation en commun des activités médico-techniques - le cas échéant, la gestion des équipes médicales communes et pôles inter-établissement, - le cas échéant, d'autres activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. **Cette évolution des compétences de l'établissement support va transformer durablement et profondément les organisations de travail et pratiques professionnelles des agents sur les missions, activités et fonctions énumérées ci-dessus.**
Objectifs de la formation	**Permettre aux professionnels de santé de :** • Comprendre et assimiler ce qu'est une filière de soins dans le cadre des GHT • Formaliser les chemins cliniques • Développer une gouvernance clinique et un management par la clinique • Mobiliser des modes d'évaluation comme celle du patient traceur, à l'échelle du GHT, donc en inter-établissement, pour mesurer l'efficacité de la mise en œuvre opérationnelle de ces filières de soins • Développer la pluri-professionnalité, la collégialité et les pratiques collaboratives • Structurer les interactions entre chaque niveau d'intervention des professionnels afin de limiter les ruptures de prise en charge.
Eléments du programme	**Apport théorique et pratique sur** : - les filières de soins conformément aux orientations des pouvoirs publics - la méthode d'évaluation du patient traceur - les analyses de processus - la gouvernance clinique et le management par la clinique - les pratiques collaboratives - la démarche continue d'amélioration de la qualité.
Public	Professionnels des établissements de la FPH (responsables médicaux, encadrement, responsables de secteurs d'activité, personnels soignants, médico-techniques et administratifs notamment sur les fonctions achat, système d'information, information médicale, formation…). Il est souhaitable que des équipes pluri-disciplinaires soient constituées et puissent participer conjointement à une même session de formation.

FICHE 9 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Acteurs et instances de prévention des conflits avec les usagers du système de santé**
Contexte	Les établissements de santé ainsi que les établissements sociaux et médico-sociaux bénéficient d'instances et de professionnels qui ont pour mission de **veiller à la qualité de la prise en charge des patients et usagers, au respect de leurs droits ainsi qu'à la prévention et à la résolution de conflits** : - **Commission des usagers (CDU)** dans les hôpitaux *« qui facilite les démarches des personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes »*, et qui doit permettre des modalités de règlement des litiges centrés sur le dialogue grâce à l'intervention des deux médiateurs : le médiateur médecin et le médiateur non médecin ; **- Conseil de la vie sociale (CVS),** dans les établissements sociaux et médico-sociaux, concerné par toutes les questions intéressant le fonctionnement de ces structures, les usagers de ces établissements pouvant faire appel à une des « personnes qualifiées », extérieures à l'établissement, désignées pour chaque département pour aider à faire valoir les droits de l'usager et qui constituent un soutien à la résolution de conflit ; Dans de nombreux établissements, des professionnels sont aussi spécifiquement c*hargés des relations avec les usagers* ou du droit *des usagers* et sont amenés à intervenir lors de réclamations et/ou litiges concernant l'organisation des soins, les modalités de prise en charge, ainsi que les questions relatives à la sécurité et au bien-être. Pour l'ensemble de ces acteurs, une formation à la médiation, processus de communication structuré et éthique, qui permet de garantir les conditions d'un dialogue intègre et respectueux des droits des usagers, est souhaitable. **Le recours à la médiation fait d'ailleurs partie des recommandations de la Conférence nationale de santé et du Défenseur des droits ; l'importance de la médiation est soulignée dans le guide du ministère de la santé relatif aux plaintes et réclamations dans les établissements de santé et dans le guide *« Usagers : votre santé, vos droits »* réalisé avec le Défenseur des droits.** Dans le cadre de la valorisation des initiatives exemplaires favorisant l'effectivité des droits des usagers et du « label » et du concours « droits des usagers de la santé » mis en œuvre par le ministère de la santé, la médiation est inscrite comme une thématique privilégiée. La formation à la médiation doit permettre de promouvoir une culture de la médiation dans les établissements.
Objectifs de la formation	-Promouvoir une culture de la médiation dans les établissements de la FPH ; -Donner aux professionnels et aux membres des instances concernées, les **connaissances juridiques indispensables** relatives aux droits des patients ; **-Sensibiliser les professionnels aux exigences d'indépendance, neutralité, d'impartialité et de loyauté** lors de l'expression de réclamations ou de plaintes par les patients ou les usagers ;

	-Mobiliser les professionnels pour améliorer la relation avec les usagers en instaurant la confiance. Développer et favoriser la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge que recouvre une instance de prévention et de règlement des conflits.
Eléments du programme	**1/ Les connaissances générales en matière de prévention et de résolution des conflits dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux**. - Droits des patients et des usagers : les connaître pour comprendre et mieux informer. - La médiation : rôle des médiateurs prévus par la loi (médiateur médecin et médiateur non médecin) et des représentants des usagers, rôle de la personne de confiance et du Conseil de vie sociale, le rôle de « médiation au quotidien » des professionnels des établissements de la FPH - l'articulation du rôle du médiateur avec celui de l'instance de prévention et de résolution des conflits comme la CDU ou CVS ; **2/ La définition de la médiation.** - La médiation : comment la définir et la différencier des notions de conciliation, de transaction ou d'arbitrage. - Le processus de médiation et de la communication repose sur la confidentialité, le consentement et l'information. - La médiation ou comment instaurer ou réinstaurer la confiance ; **3/ Les techniques et méthodes permettant de développer la médiation**. - L'Identification des situations susceptibles de faire l'objet d'une médiation - Les techniques permettant de favoriser l'expression de l'usager au moyen de la méthodologie de l'entretien et la formulation du conflit. - L'éthique de la médiation : écoute impartiale du patient ou de l'usager dans le respect de la confidentialité ; information du patient ou de l'usager sur les voies de recours. - La prévention des plaintes et des conflits en situation de crise. Les problématiques de la médiation « interculturelle ».
Public	- Membres des commissions des usagers (CDU) y compris les médiateurs médecins et non médecins et membres des conseils de la vie sociale. - Personnels des établissements de la FPH chargés des relations avec les usagers, du droit des usagers, personnels en charge de la qualité. - Autres professionnels des services de soins dans les hôpitaux ou des unités du secteur social et du secteur médico-social (cadres ou non cadres) confrontés aux réclamations des patients et des usagers.

Observations complémentaires :
Guide « Usagers votre santé, vos droits » http://www.droits-usagers.social-sante.gouv.fr/le-guide.html
Démarche de résolution des conflits promue par le Ministère des affaires sociales et de la santé : http://www.droits-usagers.social-sante.gouv.fr/nord-pas-de-calais.html
Valorisation des bonnes pratiques d'appropriation des droits des usagers par les acteurs du système de santé http://www.droits-usagers.social-sante.gouv.fr/label-et-concours-2014.html

FICHE 10 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Former les professionnels de santé aux gestes et soins d'urgence et aux situations sanitaires exceptionnelles**
Contexte	Dans le cadre du plan blanc des établissements, il est important d'inciter les directions à développer la formation à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence et notamment à l'attestation spécialisée aux gestes et soins d'urgence face à une situation sanitaire exceptionnelle, **intégrant la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes d'attentats (formation « damage control ») et à l'intervention médico-psychologique pour les personnels des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP)**. **Le décret n°2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) définit le dispositif « ORSAN » mentionné à l'article L. 3131-11**. Il comprend notamment un programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par les acteurs du système de santé pour maintenir ou développer les capacités nécessaires, en particulier en termes de prise en charge des patients ou victimes, de formation des professionnels de santé et d'attribution des moyens opérationnels. À ce titre, la **formation des professionnels de santé constitue un élément important de la préparation de la réponse aux urgences et aux SSE notamment la prise en charge des victimes d'attentats**. En particulier, la mise en œuvre des mesures prises au titre du schéma « ORSAN » requiert que tous les acteurs possèdent les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leur mission. Cette formation doit donc s'intégrer au plan de formation des établissements de santé et participer au développement professionnel continu des professionnels de santé. Les dernières crises sanitaires : Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), Pandémie Grippe A(H1N1), MERS-CoV (coronavirus), Ébola, etc.) et les récents attentats démontrent l'importance de cette formation initiale et continue afin d'être en mesure d'assurer la prise en charge des patients en situations sanitaires exceptionnelles tout en assurant la sécurité des professionnels de santé et des personnels des établissements de santé. Les orientations relatives à la formation des professionnels de santé aux SSE sont précisée dans l'instruction n° DGS / DUS / SGMAS / 2014 /153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.
Objectifs de la formation	L'objectif de cette formation est de disposer, sur l'ensemble du territoire, de professionnels de santé formés aux gestes et soins d'urgence et à la préparation et à la prise en charge des SSE en particulier au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. Il s'agit pour les professionnels de santé et personnels de ces établissements d'acquérir les connaissances nécessaires pour s'adapter en conséquence et remplir au mieux leurs missions notamment pour la préparation des plans blancs ou des plans bleus et leur mise en œuvre.

FICHE 10 – Axe de formation 2018	
	En particulier et dans le cadre de la **feuille de route post-attentats annoncée par la Ministre des affaires sociales et de la santé, la formation des professionnels de santé à la prise en charge des victimes d'attentats constitue une priorité (prise en charge des blessés physiques et des blessés psychiques).** -Cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf -Cf. Instruction n° DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes. -Cf. Instruction du 4 mai 2016 relative à la préparation de situations exceptionnelles de type attentats multi-sites. -Cf. Instruction DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique : http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41730).
Eléments du programme	Programme de l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (cf. arrêté du 30 décembre 2014 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030084493); Programme de formation des formateurs et des référents aux situations sanitaires exceptionnelles, cf. note technique de cadrage relative à la formation des professionnels de santé aux situations sanitaires exceptionnelles : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_technique_formation_SSE.pdf **Programme de formation pour les intervenants des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) (cf. Instruction DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique annexe 3 :** http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41730)
Public	Professionnels de santé et personnels des établissements de santé.

Observations complémentaires :
Il convient également de développer les exercices et mises en situation dans les établissements de santé conformément à **l'instruction n° DGS/DUS/2016/42 du 19 février 2016 relative à la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle visant à renforcer la réponse sanitaire aux attentats terroristes**.

FICHE 11 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Sensibiliser les acteurs de terrain (urgence, réanimation, neurochirurgie, UNV…) aux enjeux du don d'organe et de la greffe (nouveau plan greffe 2017-2021)**
Contexte	**Le plan national greffes 2012-2016 élaboré par le ministère de la santé et l'Agence de la Biomédecine** prévoyait de développer les greffes d'organes (rein, foie, cœur, poumon, pancréas) à partir des donneurs décédés, notamment en améliorant le recensement des donneurs potentiels. A l'issue de ce plan, des progrès sensibles ont été enregistrés : +12,8% [1] d'augmentation du recensement des donneurs décédés entre 2011 et 2015, +80% de donneurs vivants (greffe de rein), +16,8% de greffes d'organe. Toutefois, la forte augmentation des besoins en matière de greffe (augmentation de la prévalence des maladies chroniques et donc du nombre des patients atteints de défaillance d'organe, élargissement des indications de greffe à des patients plus âgés) génère une forte tension sur le temps d'attente (+36% d'augmentation du nombre de patients en attente de greffe en 2015 par rapport à 2012). Or l'activité de greffe dépend de la disponibilité de greffons issus soit de donneurs vivants soit de donneurs décédés. Le développement du prélèvement d'organe constitue donc une priorité de santé publique, et suppose d'augmenter le recensement des donneurs potentiels d'organe (donneur vivant et donneurs décédés). **C'est pourquoi, le nouveau plan greffe 2017-2021,** en cours d'élaboration avec l'Agence de la biomédecine prévoit d'ici 2021 d'augmenter le taux de recensement de donneur décédé potentiel de 53 à 60 pmh et de passer à 1000 prélèvements sur donneurs vivants (versus 547 en 2015). Par ailleurs, dans le cadre de la **Loi de modernisation de notre système de santé,** une modification substantielle des règles de consentement est intervenue faisant du Registre des refus (géré par l'Agence de la Biomédecine) la principale manifestation du refus de prélèvement. Cette nouvelle disposition a pour objectif de réduire le taux de refus très élevé en France (plus de 30%). Traduite dans le **décret n°2016-118 du 11 aout 2016** et des règles de bonnes pratiques, en cours d'élaboration, cette nouvelle disposition modifie les modalités du recueil du refus et l'abord des familles endeuillées. Enfin, depuis fin 2014, un nouveau type de prélèvement est désormais possible sur des donneurs décédés après l'arrêt des thérapeutiques actives (Maastricht III) dans le cadre d'un protocole expérimental sous l'égide de l'Agence de la biomédecine (60 prélèvements réalisés depuis de début de la mise en œuvre). Le recensement des donneurs potentiels relève de la compétence des coordinations hospitalières des établissements de santé autorisés au prélèvement, ces dernières travaillant en réseau avec des établissements de santé de proximité (non autorisés au prélèvement).Toutefois, sans mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé des établissements, le repérage de donneurs potentiels ne peut être réalisé par les coordinations. Or les professionnels de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés et formés aux enjeux de la greffe et aux conditions réglementaires du

FICHE 11 – Axe de formation 2018	
	prélèvement. Face aux familles endeuillées, ils éprouvent des difficultés à aborder la question d'un éventuel prélèvement et à alerter les coordinations hospitalières. **Les soignants travaillant notamment dans certains services (urgences, réanimation, unité neuro vasculaire (UNV), neurochirurgie) pourraient davantage participer à l'initiation d'une démarche de don notamment à travers l'accompagnement des familles endeuillée qu'ils entourent par ailleurs.** L'Agence de la Biomédecine réalise des actions de sensibilisation grand public, forme les médecins des services de réanimation mais les personnels non-médicaux ne bénéficient de formations spécifiques alors que celles-ci sont essentielles notamment compte tenu du changement de réglementation. [1] Données de l'Agence de la Biomédecine
Objectifs de la formation	Sensibiliser la communauté soignante aux enjeux du don, du prélèvement et de la greffe pour : - Mieux informer la population sur ses choix possibles en matière de don (manifester de leur vivant leur volonté de donner ou non leur organe) ; - Aider des familles à initier une première démarche de don pour un proche décédé dans le cadre de l'accompagnement au deuil qu'elles réalisent ; -Faciliter l'établissement d'un premier contact entre les familles endeuillées avec les coordinations hospitalières (celles-ci étant chargées de la démarche de don et de l'organisation du prélèvement).
Eléments du programme	• Les enjeux de santé publique des greffes et de prélèvements (sur la base de données chiffrées sur les besoins de greffe identifiés, sur le prélèvement, la greffe, le taux de refus…) ; • La réglementation concernant le don d'organe et le prélèvement et ses évolutions ; • L'organisation du don, du prélèvement et de la greffe en France ; • Les messages d'information destinés au grand public : type de message, relais d'opinion, réflexion sur un argumentaire soignante concernant le don pouvant être utilisé auprès du public ; • Abord de la famille en vue d'un don d'organe sur la base des témoignages des coordinations hospitalières, des familles ayant été concernées par un don : modalités de l'entretien, rôle et mission des différents intervenants, aspect éthique, psychologique du point de vue des familles et du point de vue des soignants.
Public	Personnels soignants (infirmiers, aides-soignants), cadres de santé, personnels administratifs (bureau des admissions…).

Observations complémentaires :
La formation pourrait être organisée sur une journée et regrouper des personnels venant de services différents pour favoriser les échanges entre les participants. Les formateurs devront nécessairement avoir une expérience de terrain sur le sujet. Il pourrait être intéressant que, parmi l'équipe de formation, un représentant d'un patient greffé, ainsi que d'une famille concernée par un prélèvement réalisé sur un proche, soient présents.

FICHE 12 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Promouvoir une culture des soins palliatifs et les nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie**
Contexte	La loi de 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie ainsi que le **plan national de soins palliatifs et de fin de vie 2015-2018**, prévoient de mobiliser les professionnels du système de santé notamment par leur formation. Dans ce cadre un référentiel pour l'élaboration d'un parcours de développement professionnel continu (DPC) soins palliatifs a été élaboré. Cet outil vise à diffuser une culture palliative. Le développement d'une culture palliative et l'accompagnement des personnes malades et en fin de vie nécessitent de mobiliser l'ensemble des professionnels du secteur sanitaire et médico-social. Une campagne d'information des professionnels a débuté, le site du Ministère des affaires sociales et de la santé a mis à disposition des informations dans un dossier intitulé *«Améliorer la fin de vie en France »*. La campagne d'information grand public a été lancée au printemps 2017.
Objectifs de la formation	Sensibiliser et former les professionnels du système de santé au développement d'une culture de soins palliatifs et aux principaux droits des personnes malades et des personnes en fin de vie.
Eléments du programme	- Faire connaître la démarche palliative ; - Aider les professionnels à aborder avec les patients l'expression de leurs volontés avec les directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ; - Développer l'organisation d'une procédure collégiale ; - Aborder l'arrêt des traitements au titre du refus de l'obstination déraisonnable ; - Améliorer la prise en compte de la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale par des traitements analgésiques et sédatifs ; - Faire connaître les recommandations d'une mise en œuvre d'une sédation profonde et continue.
Public	Professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

Observations complémentaires :
Ressources documentaires : Ministère des affaires sociales et de la santé information des professionnels de santé, dossier « Améliorer la fin de vie en France » :
-de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie
http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016soins palliatifs pour une fin de vie digne des personnes malades
http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/soins-palliatifs-pour-une-fin-de-vie-digne-des-personnes-malades/
-anticiper sa fin de vie : les directives anticipées http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/etre-acteur-de-sa-fin-de-vie/article/anticiper-sa-fin-de-vie-les-directives-anticipees
-modèle de directives anticipées http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fichedirectivesanticipe_es_10p_exev2.pdf
-exprimer ses volontés pour sa fin de vie http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/etre-acteur-de-sa-fin-de-vie/article/exprimer-ses-volontes-pour-sa-fin-de-vie
-désigner une personne de confiance http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/findevie/etre-acteur-de-sa-fin-de-vie/article/designer-une-personne-de-confiance

FICHE 13 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Améliorer le repérage et la prise en charge des aidants**
Contexte	Le nombre d'aidants d'un proche fragilisé par une maladie chronique, le handicap ou l'âge n'a cessé de croître au cours de ces dernières années et la France en compte actuellement une dizaine de millions. Les associations et sites dédiés aux proches aidants se sont multipliés et depuis 2010, une journée nationale leur est consacrée. La loi d'adaptation de la société au vieillissement a consacré tout un chapitre sur le rôle des proches aidants dans lequel sont notamment prévus le renforcement des dispositifs de répit ainsi que le congé de proche aidant. Par ailleurs, de nombreux plans nationaux ont inscrit des mesures visant à développer des actions en faveur de la préservation et/ou de la qualité de vie de ce public dont on estime que près de la moitié développe une maladie chronique liée au stress et à l'épuisement. - **Plan national d'action de prévention de la perte d'autonomie :** o Actions « Mieux repérer les proches aidants susceptibles de développer des troubles liés au fardeau ressenti, à la fatigue et à l'impact de l'aide qu'ils apportent à un proche sur leur vie quotidienne (isolement, gestion du temps, etc.) » et « Mieux orienter les aidants vers les intervenants pouvant évaluer leur situation, les soutenir, leur apporter des soins ; les accompagner dans l'acceptation d'une aide et organiser un suivi pour s'assurer que leur situation ne s'aggrave pas » de la mesure 5 « Adopter des mesures en faveur de la santé des aidants » o Action « Prendre en compte la problématique de suivi des aidants dans le développement professionnel continu (DPC) » dans le cadre de la mesure 25 « Améliorer les compétences, renouveler les pratiques professionnelles, faire connaître les bonnes pratiques et les expérimentations en matière de formation dans les différents champs de la prévention de la perte d'autonomie » - **Plan maladie neurodégénératives :** Action « Assurer une meilleure évaluation des besoins des aidants par eux-mêmes et par les professionnels pour adapter chaque intervention à l'environnement dans lequel elle s'inscrit » de la mesure 50 « Structurer et mettre en œuvre une politique active en direction des proches-aidants dont font partie les aidants familiaux » - **Plan national pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018** : Mesure 8-5 « Soutenir les proches aidants de patients en fin de vie en favorisant l'accès à des solutions de répit pour le patient

FICHE 13 – Axe de formation 2018	
	et les aidants » - **Plan cancer 2014-2019 :** Action 7.10 « Mieux prendre en compte les besoins des aidants familiaux ou proches aidants » : « Outiller les professionnels du médico-social et sensibiliser les professionnels de santé pour identifier les besoins des aidants, repérer et anticiper leurs difficultés notamment de santé » - En lien avec l'axe « Soutenir les familles et les proches aidants » dans le cadre du Comité interministériel sur le handicap. - En référence aux recommandations de bonnes pratiques de février 2010 de la HAS *« Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels ».*
Objectifs de la formation	- Mobiliser tous les acteurs de la prise en charge de la personne aidée (sanitaire, social, médico-social) ; - Apprendre à repérer un proche aidant en souffrance (outil de repérage) ou en rupture de suivi médical ; - Savoir prendre en charge les troubles et symptômes de l'aidant en favorisant les approches non médicamenteuses grâce à la mobilisation des ressources des territoires (café des aidants, soutien psychologique, plateformes d'accompagnement et de répit (PFR),…) ; - Savoir proposer aux aidants à un suivi médical (consultation annuelle,…).
Eléments du programme	- Présentation des éléments épidémiologiques et de morbi-mortalité des aidants ; - Formation aux outils de repérage de l'épuisement de l'aidant ; - Information sur les différents dispositifs et ressources du territoire.
Public	Personnels médicaux et paramédicaux intervenants dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) et les établissements de santé (ES).

FICHE 14 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Hospitalisation à domicile auprès des personnes en situation de handicap : connaissance du handicap et collaboration avec les équipes médico-sociales**
Contexte	Face aux difficultés d'accès aux soins des personnes handicapées, **l'hospitalisation à domicile (HAD) occupe une place importante dans l'accès et la continuité des soins des personnes handicapées**, comme l'a montré le rapport en date de février 2012 de Pascal Jacob « Pour les personnes handicapées, un parcours de soins sans rupture - l'HAD en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) ». Deux décrets du 6 septembre 2012, ont ouvert les interventions des structures d'HAD en établissements médico-sociaux pour les personnes handicapées. Une évaluation nationale réalisée en 2014-2015 par la DGOS et DGCS sur le développement de l'HAD en ESMS a montré au niveau quantitatif le faible développement de l'HAD au sein du secteur personne handicapées (enfants et adultes) et **les freins liées au manque de connaissance du handicap et du secteur médico-social par les structures d'HAD et les difficultés de coordination entre ces équipes et les équipes médico-sociales**. Le volet polyhandicap du Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 prévoit à ce titre une mesure de sensibilisation et de formation des structures d'HAD pour ces situations de handicap qui cumulent les situations de vulnérabilité. Cette formation vise donc à favoriser les interventions des structures d'HAD en direction des personnes en situation de handicap, en réponse à ces constats et ces problématiques.
Objectifs de la formation	-Comprendre les problématiques de santé liées aux situations de handicap des personnes accueillies en établissement médico-social ou résidents à domicile et notamment celles liées aux situations de polyhandicap. -Connaître l'environnement des interventions en établissement médico-social et à domicile auprès des personnes en situation de handicap : le projet de vie des personnes, la place des familles, les équipes et les pratiques d'accompagnement, l'organisation et le fonctionnement des structures,.. -Etre en capacité d'organiser et de planifier les préalables et les conditions d'intervention de l'HAD en établissement médico-social en collaboration et en complémentarité avec les équipes médico-sociales. -Etre en capacité de prendre en charge des personnes handicapées dans le cadre d'un projet de soins en collaboration avec les équipes médico-sociales

FICHE 14 – Axe de formation 2018	
Eléments du programme	1- Les problématiques de santé liées aux situations de handicap des personnes en établissement médico-social et à domicile : - Etat de santé, problématiques fréquentes ; - Les situations pouvant nécessiter le recours à l'HAD ; - Les difficultés du parcours de soins et de santé et la place de l'HAD. 2- L'environnement des personnes (enfants et adultes) en situation de handicap - comprendre pour mieux intervenir : - Transversaux : projet de vie des personnes, l'accompagnement et les soins - Les établissements médico-sociaux : les équipes, les pratiques d'accompagnements, les équipes et le rôle des professionnels de santé des équipes médico-sociales, l'organisation des établissements, la place des familles. - Les services sociaux et médico-sociaux qui accompagnent les personnes en situation de handicap à domicile et le rôle des proches aidants. 3- L'organisation de la coordination entre les structures d'HAD et les ESMS pour une intervention de l'HAD : - les conditions posées par les décrets du 9 septembre 2012 et la circulaire du 18 mars 2013 - l'obligation d'une convention de partenariat et les modalités de réalisation ; - l'organisation des structures d'HAD pour une intervention en ESMS accueillant des personnes en situation de handicap. 4- L'organisation et la planification des interventions de l'HAD en établissement médico-social, en collaboration et en complémentarité avec leurs équipes : planification des interventions, complémentarité des prises en charge d'HAD et médico-sociales, dossier médical, circuit du médicament, etc 5- L'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins d'HAD en ESMS pour les personnes en situation de handicap et problématiques concrètes (traçabilité des actes, transmission et échanges des informations, prescriptions et dispensations des médicaments, etc.).
Public	Professionnels de santé et les personnels d'encadrement des structures d'HAD.

FICHE 15 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Prendre en compte de la différence et de l'éloignement dans les inégalités d'accès et la qualité des soins : la place de la médiation sanitaire et de l'interprétariat linguistique dans l'accueil des personnes précaires ou migrantes**
Contexte	Les difficultés d'accès aux soins peuvent être de trois ordres : - administratif, lié à la complexité de la réglementation et du système de santé. - juridique, lié au statut des personnes vis-à-vis de leurs ouvertures de droits. - organisationnel, lié aux services de santé. Des difficultés de communication peuvent être rencontrées par les acteurs de santé ou par les malades en raison de représentations culturelles différentes de la notion de santé, d'obstacles linguistiques. Par exemple, si un soignant renonce au diagnostic d'annonce d'une maladie grave, en raison d'obstacles à la communication avec le patient, imputés aux différences culturelles ou à l'obstacle linguistique, il y a une inégalité de soins inacceptable en termes d'éthique. De la même manière, la difficulté de communication peut entraîner un retard aux soins, facteur d'aggravation et/ou de diffusion de la maladie, qui entraine une prise en charge plus lourde et plus onéreuse. Les facteurs de « différence » peuvent s'additionner, c'est le cas par exemple de personnes migrantes porteuses du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui ne sont pas en mesure de témoigner de leurs identités homo ou bisexuelle souvent stigmatisées dans l'opinion publique et qui sont même l'objet, dans certains pays d'origine, de sanctions pénales. Or, la double stigmatisation, liée à l'homosexualité et au VIH, est un facteur favorisant la vulnérabilité et la propagation du VIH. **La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 introduit pour la première fois les notions d'interprétariat linguistique et de médiation sanitaire dans le code de santé publique (article L.1110-13 au CSP).** Il s'agit d'une avancée qui reconnaît les bénéfices de ces deux outils complémentaires pour lutter contre les discriminations dans l'accès au système de santé des publics vulnérables. Leur périmètre d'action fait l'objet de référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques élaborés par la Haute Autorité de Santé.
Objectifs de la formation	Permettre aux personnels soignants (médicaux et paramédicaux) : - de reconnaître les situations où la différence culturelle et/ou l'obstacle linguistique fragilisent la relation de confiance soignant/soigné, celle avec l'entourage du patient, l'expression du

FICHE 15 – Axe de formation 2018	
	libre consentement du patient, le respect de sa volonté etc. pour améliorer la qualité des soins et respecter l'éthique et les droits du patient dans la relation de soins. Exemples : annonce d'une maladie grave, de la fin de vie, de la séropositivité. - d'utiliser le langage le mieux adapté à chacun des patients, en vérifiant la compréhension des messages délivrés par des techniques de reformulation, en recourant si nécessaire à l'interprétariat. - de prendre en compte les aspects juridiques, administratifs et culturels dans lequel s'inscrivent les problématiques de santé, en recourant si besoin aux services d'un médiateur en santé.
Eléments du programme	- Identification des difficultés éthiques et techniques de la relation soignant-soigné en situation interculturelle. - Appropriation par les personnels soignants des référentiels de la HAS (avril 2017) relatifs à l'interprétariat et à la médiation dans le domaine de la santé.
Public	Professionnels hospitaliers intervenant dans : - les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) - les services prenant en charge les infections par le VIH - les services prenant en charge les infections par les hépatites B et C - les services de médecine interne - les services des urgences - les services d'addictologie - les consultations de dépistage anonyme et gratuit (Cegidd : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST)) - les centres de lutte antituberculeuse hospitaliers - les services de gynécologie-obstétrique, y compris les consultations prénatales - les centres de planification ou d'éducation familiale - les services de pédiatrie

FICHE 16 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Spécificités de l'accueil et de la prise en charge des personnes à risque ou en situation de handicap d'origine psychique**
Contexte	Le handicap psychique est une notion récente issue de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Dans le champ du handicap, le handicap psychique présente des spécificités fortes, qui sont décrites ainsi par l'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) [1] : - Les troubles des personnes sont **souvent variables, intermittents et évolutifs.** Ils n'empêchent pas le rétablissement et la diminution des symptômes. Par ailleurs, les personnes peuvent avoir des compétences réelles pour certaines activités et des difficultés majeures dans d'autres ; elles ont **besoin d'un suivi médical régulier** ; - les personnes n'ont **pas de déficience intellectuelle**. Des troubles cognitifs sont souvent associés, de façon temporaire ou permanents ; - elles sont victimes de **stigmatisation** et de rejet ; - **l'isolement** et la rupture du lien social sont fréquents ; les personnes présentent des difficultés plus ou moins prononcées dans les interactions sociales ; - les personnes peuvent être dans **l'incapacité de demander de l'aide**. Les causes de l'absence de demande pouvant être liée à des facteurs personnels ou environnementaux ; - le caractère invisible des troubles implique que les **difficultés sont parfois sous estimées ;** - l'acceptation des troubles et des difficultés qui en découlent, est parfois difficile pour la personne et/ou son environnement ; - elles peuvent avoir des difficultés « à faire », à initier l'action ; - elles peuvent avoir un rapport altéré à la réalité. Les constats [2] plaident en faveur d'un approfondissement de la formation des professionnels intervenant auprès des personnes en situation de handicap psychique, au sein des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment à la lumière des nouvelles recommandations émises sur le sujet. L'action proposée s'inscrit dans le cadre posé par **l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), qui vise l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture**. Les dispositions de la loi sont déclinées au sein du **Conseil national de santé mentale, installé par la Ministre en octobre 2016**. Les travaux menés visent notamment à préciser par décret les priorités du projet territorial de santé mentale. Parmi les priorités identifiées au sein du projet de décret figure notamment le parcours de soins et de

FICHE 16 – Axe de formation 2018	
	vie des personnes présentant des troubles graves et s'inscrivant dans la durée, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. Cette action s'inscrit de plus dans les travaux du Volet handicap psychique de l'évolution quinquennale de l'offre médico-sociale et son axe 6 *« Faire évoluer les pratiques des professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social pour mieux accompagner les personnes et leurs familles dans un parcours de vie de qualité, sécurisé et sans rupture »* : Action 24 : *« Inscrire les bonnes pratiques dans les cursus et ingénieries des formations initiales et continues des professionnels de santé et des travailleurs sociaux »*. Elle vient en déclinaison de l'action nationale de formation (AFN) 2016 relative à *« l'amélioration du parcours de soins des personnes handicapées en situation complexe entre équipes sanitaires et médico-sociales »* en visant la problématique spécifique du handicap psychique et en s'inscrivant dans le cadre du parcours global de soins et de vie prévu par la Loi de modernisation de notre système de santé. [1]ANESM, Recommandations de bonnes pratiques professionnelles relatives aux spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques au sein des ESMS, 2016. [2]Evaluation du Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015, HCSP et rapport LAFORCADE relatif à la santé mentale, 2016
Objectifs de la formation	- Inscrire les bonnes pratiques d'accompagnement des personnes à risque ou en situation de handicap psychique dans les formations continues des professionnels de santé et des travailleurs sociaux intervenant dans le parcours de santé et de vie de ces personnes, et de leurs proches aidants, afin de susciter un accompagnement coordonné de qualité, sécurisé et sans rupture ; - En se fondant sur les outils et recommandations de bonnes pratiques professionnelles produits par l'ANESM, la HAS, l'ANAP et le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale ; - Favoriser le décloisonnement des champs sanitaire, social et médico-social et l'interconnaissance mutuelle des professionnels de ces champs par des formations communes.

Eléments du programme	- Les spécificités du handicap psychique
	- La vie relationnelle, affective et familiale
	- L'accompagnement :
	  o vers et dans l'habitat
	  o dans la vie quotidienne
	  o à la formation et l'emploi
	- La santé : prendre soin et accompagner vers les soins médicaux.

Public	Personnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs intervenant dans les établissements de santé (ES) et établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) accueillant des personnes en situation de handicap d'origine psychique. Personnels médicaux, paramédicaux et socio-éducatifs des établissements de santé autorisés en psychiatrie ou non, la priorité du décret consacrée aux soins somatiques, ciblant également les établissements médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) qui doivent s'organiser pour accueillir les personnes handicapées psychiques.

FICHE 17 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Repérage précoce du risque suicidaire des personnes souffrant de troubles mentaux**
Contexte	A la suite du rapport d'évaluation du plan national d'actions contre le suicide (2011-2014) par le Haut conseil de santé publique, la Direction Générale de la Santé s'est engagée dans une politique de long terme en inscrivant la prévention du suicide dans une stratégie plus globale de santé mentale. Une des préconisations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) est de centrer l'intervention sur les personnes souffrant de troubles mentaux en particulier dépressifs.
Objectifs de la formation	Permettre aux différentes catégories des professionnels de santé d'un même service ou de services différents d'un même établissement en contact avec des personnes souffrant de troubles mentaux à forte suicidalité en particulier dépressifs de : - Reconnaitre les facteurs de risque suicidaire ; - Savoir qui alerter en interne au service ou à l'établissement. Cette formation s'adresse à des équipes pluri-professionnelles ou a divers professionnels de santé qui n'appartiennent pas à une même équipe.
Eléments du programme	- Le repérage des facteurs de risque suicidaire - L'évaluation du risque suicidaire - Les ressources mobilisables (internes ou externes à l'établissement)
Public	Professionnels de santé (médecins, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes…).

Observations complémentaires :
Cette action est susceptible d'intéresser toutes les professions de santé et repose sur une pluri-professionnalité

FICHE 18 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Développer chez les professionnels de santé les compétences en matière de repérage (questionnaires, repérage précoce et d'intervention brève RPIB) et la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui présente une addiction**
Contexte	Le tabac et l'alcool représentent les deux premières causes de mortalité évitable. La consommation de tabac et la consommation excessive d'alcool sont des déterminants majeurs de santé : chaque année 73 000 morts sont dus au tabac et les derniers chiffres actualisés font état de 49 000 morts par an liés à l'alcool. Par ailleurs, on estime à plus d'un demi-million de personnes le nombre d'usagers quotidiens de cannabis et l'usage problématique des autres drogues illicites [1] concerne un quart de million de personnes. **L'action 97 du plan de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017** vise à améliorer la formation des professionnels de santé dans le champ de l'addictologie, par la promotion de la démarche de repérage précoce et d'intervention brève comme un des leviers importants pour raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'usages à risque et la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée. La haute autorité de santé (HAS) a développé des outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève qui concernent l'alcool, le cannabis, le tabac chez l'adulte, les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux. Par ailleurs, dans le cadre du **programme national de réduction du tabagisme (PNRT 2014-2019), la Loi de Modernisation de notre Système de Santé du 26 janvier 2016 élargit l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac** et autorise les médecins du travail (pour les salariés), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes (extension à l'entourage), les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, à prescrire des substituts nicotiniques. C'est pourquoi il est nécessaire d'accompagner cette nouvelle autorisation par une formation sur le tabagisme et son impact sur la santé. Ce développement de compétences doit permettre d'améliorer l'accès aux soins et la qualité des prises en charge des personnes ayant des conduites addictives et s'inscrit dans la politique de prévention des dommages liés aux conduites addictives. [1] usagers de drogues par voie intraveineuse ou usagers réguliers d'opiacés, cocaïne ou amphétamines durant l'année passée pour les 15-64 ans

FICHE 18 – Axe de formation 2018	
Objectifs de la formation	-Répondre aux besoins des professionnels de santé sur la démarche de repérage des addictions, de l'intervention précoce et de la réduction des risques et des dommages. -Développer les compétences les professionnels de santé : acquérir un socle de connaissances sur les mécanismes physiopathologiques, les méfaits des addictions (conséquences sociales, familiales, professionnelles et juridiques), les méthodes d'accompagnement et la prévention. Concernant le tabac, cette formation doit aider à la démarche d'un lieu de soins sans tabac : - nouvelle charte hôpital sans tabac produite courant 2017, - et formation des nouveaux prescripteurs des substituts nicotiniques (voir ci-dessus).
Eléments du programme	1. Pour les addictions - Connaître les mécanismes de la dépendance - Connaître les interactions avec les pathologies - Connaître les spécificités de la clinique et les conséquences somatiques des différents produits licites et illicites - Connaître les différentes possibilités thérapeutiques communes et spécifiques aux addictions - Etre à l'aise dans l'abord et la prise en charge des patients aux différentes étapes de leur parcours 2. Pour le tabac - les aspects épidémiologiques et socio-économiques du tabac - les effets sur la santé : comorbidités, les maladies liées au tabac, le tabagisme comme facteur de risque… - le sevrage tabagique: méthodes d'aide à l'arrêt du tabac, la consultation de sevrage - les traitements et les modalités de la prescription - la prévention de la rechute, les entretiens de suivi - les modalités d'aide à l'arrêt en populations générale et spécifiques (adolescents, femmes enceintes, pathologies psychiatriques, poly-addictions ….).
Public	Tous les professionnels de santé.

FICHE 19 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Aide à l'arrêt du tabac et prescription de substituts nicotiniques : « Développer chez les professionnels de santé la démarche d'accompagnement et de prise en charge d'une personne qui fume vers l'arrêt du tabac »**
Contexte	Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il s'agit d'une épidémie durable et silencieuse, pourtant responsable de plus d'un décès sur huit en France ; 73 000 décès par an sont liés au tabac (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). En 2015, le tabagisme quotidien concernait 28,8% des français de 15 à 75 ans. En santé mentale, la fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 à 90% des sujets selon les études contre 23 à 30% en population générale. Ce champ présente des particularités, avec une prise en charge en établissement de santé, en hospitalisation avec ou sans consentement, ou une prise en charge ambulatoire par les acteurs de la psychiatrie de personnes vivant à domicile, notamment en établissement médico-social. Le tabagisme y est très présent, aussi bien chez les usagers que chez les professionnels du champ de la santé mentale. Le programme national de réduction du tabagisme a depuis 2014 mis en place des mesures emblématiques : le paquet neutre est maintenant obligatoire à la vente, une action nationale collective a eu lieu pour la première fois en France en novembre 2016, *« Moi(s) sans tabac »* et une dynamique est enclenchée pour étendre les lieux sans tabac avec des actions spécifique envers les établissements sanitaires pour créer des hôpitaux sans tabac. Depuis le **26 janvier 2016, la LMSS élargit l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac** et autorise les médecins, y compris les médecins du travail (pour les salariés), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes (extension de la prescription à l'entourage), les infirmiers (CSP L4311-3) et les masseurs-kinésithérapeutes, à prescrire des substituts nicotiniques (L 3511-1 du CSP). Pour les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes, il s'agit d'un tout nouveau droit de prescription puisque jusqu'à présent, ceux-ci n'étaient autorisés à prescrire que des dispositifs médicaux (définis par arrêtés) avec la possibilité pour les infirmiers de renouvellement des contraceptifs oraux. Ces nouvelles possibilités entraînent un besoin très important de formation, avec des actions spécifiques pour former les professionnels du champ de la santé mentale.
Objectifs de la formation	- Répondre aux besoins des professionnels de santé, notamment ceux qui sont nouvellement autorisés à prescrire des traitements substituts nicotiniques (TSN).

FICHE 19 – Axe de formation 2018	
	- Améliorer la compétence les professionnels de santé : acquérir un socle de connaissances sur les méfaits du tabac, les méthodes d'accompagnement du fumeur dans une démarche d'arrêt et sur la prescription TSN.
Eléments du programme	Pour effectuer l'accompagnement d'un fumeur, il est nécessaire d'être formé sur les connaissances générales et spécifiques suivantes : - les aspects épidémiologiques et socio-économiques du tabac et le tabagisme ; - les effets du tabac sur la santé : comorbidités, les maladies liées au tabac, le tabagisme comme facteur de risque… - notion et types de dépendances ; - le sevrage tabagique: méthodes d'aide à l'arrêt du tabac (notamment l'entretien motivationnel), la consultation de sevrage ; - les traitements : les données pharmacologiques, les spécialités, pharmacovigilance… ; - les modalités de la prescription : ordonnance, responsabilité, posologie ; - la prévention de la rechute, les entretiens de suivi ; - les modalités d'aide à l'arrêt en populations générale et spécifiques (adolescents, femmes enceintes, pathologies psychiatriques, poly-addictions ….).
Public	Tous les professionnels de santé, y compris ceux qui travaillent dans le champ de la santé mentale, et plus particulièrement les nouveaux prescripteurs : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, sages-femmes, médecins du travail.

FICHE 20 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Aborder la santé sexuelle : éducation et conseil**
Contexte	• La Stratégie Nationale de santé sexuelle recommande, dans son axe I, de former l'ensemble des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux à l'approche positive de la santé sexuelle (publication de la stratégie prévue en mars 2017). • L'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO)/Organisation mondiale de la santé (OMS) Europe, 2010 : guide de bonnes pratiques en éducation à la sexualité • L'OMS, en avril 2015, recommande de former les professionnels de santé à la Brève Communication relative à la Sexualité (BCS) dans le cadre de la lutte contre les IST/VIH et la santé de la reproduction • Le HCSP (Haut Conseil de la santé publique) : dans deux avis de février et avril 2016, recommande de former les professionnels et les associatifs dans le cadre de la santé sexuelle et santé reproductive. • Le CNSHV (conseil national du SIDA et des hépatites virales), janvier 2017, recommande de former les professionnels socio-sanitaires et éducatif ainsi que les associatifs sur les jeunes et la sexualité.
Objectifs de la formation	- Informer, éduquer et conseiller les personnes sur les différents aspects de la santé sexuelle - Communiquer positivement, en utilisant les techniques d'aide psychologie et d'intervention brève relative à la sexualité - Aider une personne à adapter son comportement sexuel à des contextes spécifiques en utilisant les techniques de l'entretien motivationnel - Développer les capacités à la réflexivité sur sa pratique professionnelle à l'égard de la sexualité
Eléments du programme	• Bases de la sexualité, de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels • Bases sociologiques des genres et des orientations sexuelles • Réglementation et organisation de l'offre de santé sexuelle et reproductive • Bases de l'entretien relatif à la sexualité : counseling et brève communication relative à la sexualité • Bases de l'entretien motivationnel • VIH et autres IST (Prévenir, dépister et orienter) • Prévention des grossesses non prévues/non désirées (prévenir et orienter) • Violences, abus et addictions (prévenir, dépister et orienter) • Mise en situation dans des contextes spécifique et analyse de la pratique
Public	Personnels de santé hospitaliers et personnels sociaux et médico-sociaux intervenant à l'hôpital

FICHE 21 - Axe de formation 2018	
Intitulé	**Développer les connaissances théoriques et pratiques sur l'émergence et la diffusion de l'antibiorésistance et ses modalités de prévention**
Contexte	Ce thème s'inscrit dans les actions de la **« feuille de route interministérielle pour maitriser l'antibiorésistance », identifiée comme une priorité de santé publique (action n°4 : « *créer et prioriser les programmes de formation continue dédiés au bon usage des antibiotiques en santé humaine* »)**. Le bon usage des antibiotiques et la prévention des infections associées à l'antibiorésitance s'inscrivent également dans la démarche globale d'amélioration de la qualité et sécurité des soins.
Objectifs de la formation	-Connaitre les principes de prévention de la diffusion des résistances et le rôle de l'exposition aux antibiotiques ; -Contribution des professionnels de santé à l'usage prudent des antibiotiques, chacun à son niveau (prescripteur, dispensateur), en termes de précautions et de surveillance.
Eléments du programme	La formation doit permettre aux participants de comprendre : - l'état actuel (épidémiologie et tendances évolutives) ; - l'importance et les mécanismes associés à l'émergence (sélection), la diffusion (transmission), et de la persistance de la résistance aux antibactériens, en prenant en compte la notion « OneHealth » intégrant la santé humaine, animale et l'environnement ; - le rôle de l'exposition aux antibiotiques, les moyens de prévention (hygiène et bon usage des antibiotiques) et les relations entre résistance et infections aux soins, et les progrès attendus, notamment de nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques.
Public	Personnels médicaux et non médicaux de tous types d'établissements (MCO, médico-sociaux et d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes).

FICHE 22 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Développer les compétences des équipes pluriprofessionnelles pour mieux informer et accompagner les patients sur leurs droits sociaux liés à leur affection, notamment dans le cadre des pathologies d'origine professionnelle ou environnementale**
Contexte	L'information et la protection des populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement sont une priorité de l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 [1]. A ce titre, des **actions de formation sont destinées à améliorer la connaissance et la prise en compte par les professionnels de santé des pathologies imputables à l'environnement, dont le mésothéliome [1].** En France, on estime entre 700 et 800 nouveaux cas annuels de mésothéliomes. Entre 1 500 et 2 400 cas de cancer du poumon sont attribuables à l'amiante. Le mésothéliome est une maladie à déclaration obligatoire depuis 2012 qui fait l'objet d'une surveillance spécifique par l'Agence nationale de Santé Publique [ANSP]. Un dossier thématique amiante est publié dans le BEH n°3 de 2015|[2]. La part attribuable aux expositions professionnelles est de 83% chez les hommes et 41% chez les femmes [3]. De nouvelles professions sont touchées : les professionnels intervenant sur des bâtiments ou matériaux amiantés s'ajoutent à la population des travailleurs de l'industrie de l'amiante. Un faible taux de recours aux dispositifs d'indemnisation chez les patients atteints de mésothéliomes est rapporté [4]. La présente formation vise à actualiser les connaissances des professionnels sur les facteurs de risque et sur les droits sociaux des malades en vue d'améliorer l'accompagnement des patients dans leurs démarches de reconnaissance. [1] Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 - JORF n°0292 du 17 décembre 2015, page 23250. [2] Pairon JC. Éditorial. Amiante et effets sur la santé : une thématique toujours d'actualité. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(3-4);26-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_0.html [3] Gilg Soit Ilg A, Houot M, Audignon-Durand S, Brochard P, El Yamani M, Imbernon E, et al. Estimation des parts attribuables de cancers aux expositions professionnelles à l'amiante en France : utilisation des matrices développées dans le cadre du programme Matgéné. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(3-4):66-72. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_6.html [4] Chamming's S, Matrat M, Gilg Soit Ilg A, Astoul P, Audignon S, Ducamp S, et al. Suivi médico-social des mésothéliomes pleuraux inclus dans le Programme national de surveillance du mésothéliome entre 1999 et 2011. Bull Epidémiol Hebd. 2015; (3-4):37-46. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/3-4/2015_3-4_2.html
Objectifs de la formation	Améliorer les connaissances et les échanges d'information entre les médecins, les cadres de santé et les assistantes sociales afin d'améliorer l'information des patients sur leurs droits sociaux et de les accompagner dans leurs démarches de reconnaissance. Sous objectif 1 : Accompagner les démarches de demande d'indemnisation des patients atteints de pathologies liées à l'amiante

FICHE 22 – Axe de formation 2018	
	Sous objectif 2 : Accompagner les démarches de demande d'indemnisation des patients atteints de pathologies professionnelles, toutes causes confondues. Résultats : augmenter le nombre de demandes d'indemnisation des patients, améliorer le contenu des dossiers de demande et réduire les délais entre le diagnostic et la demande d'indemnisation.
Eléments du programme	- Rappel sur les pathologies liées à l'amiante (dont : mésothéliomes, cancers pulmonaires, plaques pleurales), les statistiques de santé. - Rappel sur les facteurs de risque des pathologies liées à l'amiante : (expositions professionnelles (types d'activités concernées) et non professionnelles (paraprofessionnel, environnemental) - Présentation des dispositifs d'indemnisation des victimes de l'amiante : intérêts pour le malade et sa famille, articulation des actions des professionnels de santé et des acteurs sociaux dans les démarches de reconnaissance et d'indemnisation. - Présentation des autres types dispositifs d'indemnisation.
Public	Médecins, cadres de santé, assistantes sociales. Services de pneumologie et services d'oncologie.

FICHE 23 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Préserver la qualité sonore au sein des établissements de santé au bénéfice des patients et du personnel**
Contexte	Des études réalisées dans les établissements de santé (ES) et notamment dans les services de soins intensifs font état de niveaux sonores bien supérieurs aux valeurs guides internationales définies par l'OMS. Ces niveaux sonores peuvent avoir des effets sur la santé des patients et des impacts sur les professionnels. La lutte contre le bruit dans les services de soins est double et passe notamment par l'insonorisation et des mesures organisationnelles.
Objectifs de la formation	- Renforcer la sensibilisation sur la nécessité de préserver la qualité sonore au sein des ES au bénéfice des patients et du personnel. - Acquérir des compétences pour la mise en œuvre d'une démarche globale et participative de préservation de la qualité sonore ambiante dans les ES. - Intégrer la qualité de l'environnement sonore dans les plans développement durable des ES.
Eléments du programme	- Eléments théoriques (le bruit, dont le bruit en ES et ses effets sur la santé) - Etudes menées dans certains ES et présentation des dispositions mises en place pour améliorer l'environnement sonore / avis du Conseil national du bruit sur l'amélioration de l'environnement sonore des services de néonatalogie. - Dispositions réglementaires : limitation du bruit dans les ES (construction d'un bâtiment ou extension) / Exposition au bruit des travailleurs. - Recommandations visant à la mise en place d'une démarche globale et participative de préservation de la qualité sonore ambiante (groupe de travail interdisciplinaire ; cartographie du bruit diurne et nocturne ; choix des matériaux, matériels et appareils électro-médicaux les moins bruyants ; dispositifs de formation à destination des équipes soignantes, techniques et administratives, encourager les visiteurs à respecter le calme des lieux, favoriser les méthodes participatives et d'auto-évaluation des niveaux sonores associant des patients et des équipes soignantes, techniques, administratives, etc.).
Public	Tout professionnel engagé dans la définition d'une stratégie de lutte contre le bruit en établissement de santé (ES) : direction d'ES, services techniques et travaux, professionnels de santé des services de réanimation et de néonatalogie en particulier, ingénieurs biomédicaux.

FICHE 24 – Axe de formation 2018	
Intitulé	**Développer les compétences des équipes pluriprofessionnelles au sein des établissements de santé sur la qualité de l'air (intérieur et extérieur) pour améliorer les pratiques au sein de l'établissement**
Contexte	La pollution de l'air (extérieur et intérieur) est un enjeu de santé publique et des mesures doivent être prises dans tous les secteurs pour la réduire et limiter l'exposition des populations. Les établissements de santé sont confrontés à diverses sources de polluants intérieurs liés au bâtiment, mobilier, activités humaines et professionnelles, pollutions venant de l'extérieur. Ils présentent un confinement particulier lié à l'activité de soin qui peut présenter un risque pour le personnel, les patients et les visiteurs. Au regard de la population généralement sensible fréquentant ces établissements et des temps de séjours parfois importants, la définition d'une politique de maîtrise de la qualité de l'air et sa surveillance sont essentielles. Outre la lutte contre les infections nosocomiales et la recherche des contaminants microbiologiques, il convient d'améliorer la qualité de l'air intérieur au sein de ces établissements au regard des polluants de nature chimique et physique. En effet, ces polluants peuvent avoir des effets sanitaires divers (asthme, allergies respiratoires voire des effets cancérigènes). Des actions peuvent également être menées au niveau des établissements pour participer à la réduction de la pollution de l'air à l'extérieur des bâtiments (mise en place d'aménagements pour favoriser l'accès à l'établissement par des transports moins polluants, achats de véhicules moins polluants, plantation de végétaux non allergènes dans les espaces verts, réduction de l'usage de produits phytosanitaires…). **La surveillance de la qualité de l'air intérieur dans certains établissements recevant du public sanitaires et médico-sociaux devra être mise en œuvre au plus tard le 1er janvier 2023 en application du décret 2015-1000 du 17 août 2015**. La prise en compte de cette problématique, notamment dans les politiques d'achats et d'investissements peut donc d'ores et déjà être anticipée. Par ailleurs, face aux enjeux sanitaires de la pollution de l'air (extérieur et intérieur), de nombreuses instances internationales (OMS[1]) et nationales (Sénat,…) recommandent de renforcer l'information et la formation des professionnels de santé à la fois pour qu'ils puissent apporter une réponse médicale adaptée aux personnes fragiles (asthmatiques, nourrissons, jeunes enfants, femmes enceintes,…), répondre aux questions des patients de plus en plus conscients de ces enjeux et jouer le rôle de relais d'information sur les comportements individuels permettant de réduire leurs émissions et leur exposition aux polluants de l'air. De plus, l'information et la protection des populations face aux risques sanitaires liés à l'environnement sont une priorité de l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018[2]

	A ce titre, des actions de formation sont destinées à améliorer la connaissance et la prise en compte par les professionnels de santé des pathologies imputables à l'environnement et notamment liées à l'air ainsi que les recommandations à délivrer aux patients pour limiter l'exposition à certains de ces polluants. [1]Santé et environnement : agir face aux conséquences sanitaires de la pollution de l'air, OMS, 2015 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_R8-fr.pdf [2]Arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018 - JORF n°0292 du 17 décembre 2015, page 23250.
Objectifs de la formation	A l'attention des personnels des services supports : - Améliorer les connaissances et les échanges d'information entre les différents corps de métiers intervenant dans les établissements de santé (services en charge des travaux et des achats, services qualité et gestion des risques, hygiène, professionnels de santé) pour mieux prendre en compte la problématique de qualité de l'air (intérieur et extérieur) dans la politique et les pratiques des établissements. A l'attention des professionnels de santé : - Améliorer les connaissances des professionnels de santé recevant des patients atteints de pathologies provoquées ou exacerbées par la pollution de l'air telles que des pathologies respiratoires et cardiovasculaires (pédiatres, allergologues, pneumologues, cardiologues…) pour améliorer l'information des patients sur les facteurs environnementaux pouvant exacerber ces pathologies et les moyens de réduire leur exposition, les sensibiliser au recours possible aux conseillers en environnement intérieur auprès de patients atteints de pathologies respiratoires (asthme notamment) pouvant être liées à l'environnement intérieur (moisissures, allergènes, …) et favoriser les échanges interdisciplinaires.
Eléments du programme	A l'attention des personnels des services supports : -Présentation des polluants de l'air (intérieur et extérieur), des pathologies associées et des comportements permettant de réduire la pollution et les expositions ; -Prise en compte de la qualité de l'air dans les politiques et pratiques de l'établissement et maîtrise des risques. A l'attention des professionnels de santé : -Présentation des polluants de l'air (intérieur et extérieur), des pathologies associées, des comportements permettant de réduire la pollution et les expositions, du métier de conseillers en environnement intérieur (intervention au domicile de patients asthmatiques sur prescription médicale).
Public	- les services support et techniques : service maintenance, achats, hygiène, etc. - les professionnels de santé intervenant sur les pathologies pouvant être associées à la pollution de l'air : médecins, pédiatres, allergologues, pneumologues, ORL, gériatres, pharmaciens ; personnels soignants (infirmier, aide-soignant), exerçant notamment auprès de personnes âgées.

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Personnel

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction des ressources humaines
du système de santé

Bureau des ressources humaines
hospitalières (RH4)

Bureau de l'organisation des relations sociales
et des politiques sociales (RH3)

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques d'appui

Sous-direction des professions sociales,
de l'emploi et des territoires

Bureau de l'emploi
et de la politique salariale (4 B)

Note d'information n° DGOS/RH4/RH3/DGCS/4B/2017/190 du 6 juin 2017 relative aux droits des agents en situation de parentalité

NOR : *SSAH1716454N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 14 avril 2017. – N° 40.

Examinée par le COMEX JSCS le 13 avril 2017.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : la présente note d'information a pour objectif de rappeler la réglementation en matière de congés liés à la parentalité et, notamment, de rappeler qu'elle ne permet pas, sous peine d'illégalité et de discrimination, de geler la notation, ou de procéder à un abattement de la prime de service, des agentes absentes pour congé de maternité et explicite les droits liés à la parentalité pour les couples de même sexe.

Mots clés : absences pour congés liés à la maternité – notation des fonctionnaires – droits des agents liés à la parentalité.

Références :

Directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (refonte) ;

Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Loi n° 2008-496 du 27 mai 2008 modifiée portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations ;

Décret n° 88-986 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition ;

Arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 ;

Circulaire DH/FH1/DAS/TS 3 n° 96-152 du 29 février 1996 relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décision du Défenseur des droits du 24 mai 2016 ;

Guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers.

La ministre des solidarités et de la santé à Madame et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements publics sociaux et édico-sociaux ; copie à : Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'outre-mer.

Régulièrement saisi par des agents comme par des organisations syndicales dénonçant des pratiques persistantes d'établissements hospitaliers subordonnant la notation des agents à un temps de présence effectif minimal, le Défenseur des droits a, par décision du 24 mai 2016, d'une part rappelé la réglementation existante en matière de notation comme de discrimination et, d'autre part, constatant les conséquences négatives sur les droits et la carrière des fonctionnaires féminins de la fonction publique hospitalière, formulé des recommandations à mon attention.

Sur l'aspect relatif à la notation, j'insiste sur le fait que la règlementation ne prévoit une absence de notation que dans le cas d'un agent recruté par un établissement postérieurement au 30 juin de l'année civile en cours.

Cela implique donc que dans tous les autres cas, l'agent doit être noté. Ce rappel, explicité en point 1 de la présente instruction, est d'autant plus important que plus de 77 % des effectifs de la fonction publique hospitalière sont des femmes dont, souvent, les conditions de travail inhérentes aux fonctions (notamment la position debout et le port de charges) impliquent un congé de maternité associé à un congé pathologique allongeant la durée de l'absence du fait de la grossesse à six mois ou plus.

Ces principes ayant été rappelés par les textes référencés ci-dessus, et en dernier lieu en 2015 par la mise à jour du guide relatif à la protection sociale des fonctionnaires hospitalier , je souhaite, par la présente instruction, aborder également d'autres points liés à l'absence pour maternité ou paternité, afin de garantir les droits des agents de la fonction publique hospitalière bénéficiant de congés ou absences liés à la maternité.

1. **Le droit à la notation des fonctionnaires ayant bénéficié dans l'année de référence d'un congé lié à la maternité ou à l'adoption**

1.1. *La réglementation en vigueur*

La notation doit refléter une juste appréciation de la valeur professionnelle des fonctionnaires (art. 17 de la loi du 13 juillet 1983).

L'absence de notation des fonctionnaires d'un corps dont le statut particulier ne prévoit pas qu'ils ne sont pas soumis à un système de notation constitue une irrégularité justifiant l'annulation du tableau d'avancement (CE, 28 février 2007, n° 278514).

J'insiste sur le fait que la réglementation ne prévoit une absence de notation que dans le cas d'un agent recruté par un établissement postérieurement au 30 juin de l'année civile en cours (article 5 de l'arrêté du 6 mai 1959). Cela implique donc que dans tous les autres cas, l'agent doit être noté.

Si la notation est subordonnée à la présence effective du fonctionnaire au cours de la période en cause pendant une durée suffisante, eu égard notamment à la nature des fonctions exercées, pour permettre à son chef de service d'apprécier sa valeur professionnelle, ceci n'autorise pas l'employeur à fixer de manière générale une durée minimale de présence au sein du service conditionnant la notation (arrêts de la Cour administrative d'appel de Marseille n° 10MA01319 du 17 avril 2012 et du Conseil d'État n° 326294 du 12 mars 2012).

Ainsi, l'exigence générale d'une période minimale de présence pour bénéficier de la notation a été jugée :

– illégale, en ce qu'elle ne découle pas de la réglementation en vigueur (CE, 1er août 2013, nº 347327 et 12 mars 2012, nº 326294) : si une durée de présence effective est nécessaire pour permettre l'appréciation de la valeur professionnelle, celle-ci doit être appréciée au cas par cas. Ainsi, à titre indicatif, le Conseil d'État a jugé que la présence du fonctionnaire du 1er septembre au 15 novembre de l'année de référence est une durée suffisante pour permettre au chef de service d'apprécier la valeur professionnelle de l'intéressé (CE, 3 septembre 2007, nº 284954) ;
– discriminatoire à l'égard des femmes en raison de leur maternité, et donc une discrimination directe en raison du sexe : en cela, cette pratique est contraire à l'article 6 *bis* de la loi du 13 juillet 1983 en vertu duquel « aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de (…) leur sexe (…) », et porte aussi atteinte aux principes de non-discrimination portés par l'article 2-3º de la loi nº 2008-496 du 27 mai 2008 (« toute discrimination directe ou indirecte est interdite en raison de la grossesse ou de la maternité, y compris du congé de maternité ») transposant la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail (art. 2 et considérants 23 et 25). Le protocole d'accord du 8 mars 2013 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique souligne que les procédures permettant d'apprécier la manière de servir ne doivent pas aboutir à pénaliser les agents concernés par les congés liés à la grossesse ou l'adoption durant les périodes d'absence ou du fait de l'absence liée au congé.

Cette pratique pénalise ces agents dans leurs droits à avancement.

La circulaire DH/FH1/DAST/TS du 29 février 1996 comme le guide de la protection sociale des fonctionnaires hospitaliers ci-dessus référencés soulignent déjà que les congés de maternité et d'adoption ne sauraient avoir d'influence sur la notation et l'appréciation générale de l'agent concerné.

1.2. *Les mesures à prendre*

✓ Par conséquent, les établissements doivent veiller à respecter cet aspect de la règlementation, modifier les éventuels protocoles existants portant mention d'un gel des notations pour cause de congé de maternité ou d'une durée minimale de service pour accéder à la notation.

D'une façon générale, la notation doit refléter la manière de servir de l'agent, que celui-ci ait été absent une partie de l'année ou non.

La durée de l'absence n'entre en ligne de compte que si sa longueur ne permet pas à l'employeur de porter une appréciation sincère sur la manière de servir de l'agent et chaque situation doit être traitée au cas par cas par l'employeur.

Ainsi, à titre d'exemple, le Conseil d'État a jugé le 3 septembre 2007 (arrêt nº 284954) qu'un agent présent du 1er septembre au 15 novembre de l'année pouvait être noté, si la nature des fonctions exercées pouvait permettre à son supérieur d'apprécier sa valeur professionnelle.

Par ailleurs, il convient de rappeler que la circulaire DH/FH1/DASITS 3 nº 96-152 du 29 février 1996 relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires, les agents stagiaires et les agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi nº 86-33 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière précise que « les congés de maternité et d'adoption sont pris en compte pour l'avancement. Ils ne sauraient avoir d'influence sur la notation et l'appréciation générale. »

✓ Les CAP pourront procéder, à la demande des intéressées, au réexamen des situations individuelles (art. 17 de la loi du 9 janvier 1986, article 4 de la loi du 27 mai 2008 et article 18 de la directive du 5 juillet 2006 : « (…) que le préjudice subi par une personne lésée du fait d'une discrimination fondée sur le sexe soit effectivement réparé ou indemnisé (…) de manière dissuasive et proportionnée par rapport au dommage subi ».).

En cas de réexamen, l'employeur pourra justifier devant la CAP que la reconduction de la note chiffrée résultait de l'appréciation de la valeur professionnelle de l'agent ou d'une impossibilité objective de procéder à la notation de l'agent en question pour l'année en cause (par exemple une présence particulièrement brève sur l'année).

✓ Enfin, l'ensemble de ces dispositions s'appliquent aux personnes ayant eu une absence de plusieurs mois (congé longue maladie et congé longue durée par exemple). Dans ce cas, une notation qui ne respecterait pas les préconisations ci-dessus serait potentiellement discriminatoire au vu de l'état de santé de la personne concernée.

2. **La prime de service des agentes absentes pour maternité**

L'arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 précise que les absences résultant d'un congé de maternité n'entraînent pas d'abattement.

Dans la mesure où d'une part, le congé pour adoption est assimilé au congé de maternité (art. 41, 5°, de la loi du 9 janvier 1986), et, d'autre part, qu'il participe du même objectif de préservation de la santé et d'accueil de l'enfant, il y a lieu de maintenir la prime de service aux agents bénéficiaires de ce congé.

S'agissant des congés dits « pathologiques », la circulaire n° 96-152 du 29 février 1996 précise que, dès lors qu'un certificat médical atteste que l'état pathologique résulte de la grossesse ou des suites des couches, ces périodes supplémentaires de repos sont considérées comme congé de maternité et non pas comme congé de maladie au regard des droits à l'avancement et des droits à pension vis-à-vis de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ou de l'Ircantec ainsi que pour l'attribution de la prime de service.

3. **Les droits en matière de temps partiel et de congés liés à la parentalité**

Les textes de la fonction publique n'ont pas encore suivi l'évolution des textes relatifs à la parentalité, notamment à l'égard des couples de même sexe et des situations d'adoption. Cette absence de mise à jour des textes ne doit pas léser les agents qui demandent à bénéficier d'un droit qui résulterait d'une situation liée à l'adoption de l'enfant.

Ainsi, l'article 6-1 du Code civil modifié par la loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe prévoit :

« Le mariage et la filiation adoptive emportent les mêmes effets, droits et obligations reconnus par les lois, à l'exclusion de ceux prévus au titre VII du livre Ier du présent code, que les époux ou les parents soient de sexe différent ou de même sexe. »

Par ailleurs, les dispositions du Code civil concernant les « père » et « mère » ont été remplacées par les mots « parents ».

3.1. *Sur le temps partiel de droit à l'occasion d'une naissance ou d'une adoption*

Le temps partiel de droit est régi par l'article 46-1 de la loi du 9 janvier 1986. Il est accordé de plein droit « à l'occasion de chaque naissance jusqu'au 3e anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption jusqu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ». Ces dispositions ne font pas référence à la période au cours de laquelle l'enfant est confié en vue de son adoption, ni durant laquelle une demande d'adoption est instruite.

La question s'est posée de savoir si la conjointe d'une femme ayant accouché et qui a entamé des démarches d'adoption de cet enfant pouvait bénéficier de ce temps partiel de droit, sans attendre la décision définitive d'adoption. Tous les agents en démarche d'adoption de l'enfant de leur conjoint(e) sont potentiellement concernés.

L'article 355 du Code civil prévoit que « l'adoption produit ses effets à compter du jour du dépôt de la requête en adoption ».

Par conséquent, dès lors que l'agent(e) concerné(e) est en mesure de produire une copie du dépôt de sa requête en adoption, il/elle est éligible au temps partiel de droit pour élever un enfant.

3.2. *Sur le congé parental*

L'article 64 de la loi du 9 janvier 1986 couvre la période de l'instruction de la demande d'adoption en ce qu'il fait référence à l'enfant « confié en vue de son adoption ». De même l'article 40 du décret du 13 octobre 1988 confirme que ce droit est ouvert dès l'arrivée au foyer d'un enfant n'ayant pas atteint l'âge de la fin de l'obligation scolaire, adopté ou confié en vue de son adoption.

Par conséquent, selon le même raisonnement que pour le temps partiel de droit, le congé parental est ouvert à l'agent qui peut établir avoir déposé une requête en adoption.

3.3. *Sur le congé de présence parentale*

L'article 41, 11° de la loi du 9 janvier 1986 prévoit que le fonctionnaire en activité a droit :

« 11° À un congé de présence parentale, accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. »

Ainsi, en attendant la modification ultérieure des textes concernés et au regard de la modification dans le code civil des termes « mère » et « père » par celui de « parents », il convient de faire œuvre de bonne administration en accordant aux agents concernés le congé concernant leur enfant à charge.

Les parents pourront transmettre à l'employeur un certificat d'inscription à l'état civil de l'enfant concerné, ou copie de la requête déposée en vue de son adoption.

De même, le congé de présence parentale pourra être accordé au fonctionnaire qui apporte auprès de son employeur tous documents pouvant permettre d'établir que l'enfant est bien à sa charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale (exemple des beaux-parents ; voir circulaire DSS/4A/99/03 du 5 janvier 1999 et réponse ministérielle du 24 juin 2008 à la question n° 20649).

Je vous remercie de me signaler toute difficulté qui pourrait survenir dans l'application de la présente instruction.

Pour la ministre et par délégation :

La cheffe de service, adjointe au directeur général de l'offre de soins, chargée des fonctions de directrice générale de l'offre de soins par intérim,
K. Julienne

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

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

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 29 juin 2017 portant agrément de la société APICEM pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées dans le cadre du service Apicrypt 2

NOR : *SSAZ1730401S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 14 avril 2016 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 juin 2017,

Décide :

Article 1er

La société APICEM est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées dans le cadre du service Apicrypt 2.

Article 2

La société APICEM s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 29 juin 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
P. Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément du groupement d'intérêt économique Harmonie Informatique Services Mutualistes pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par ses membres

NOR : *SSAZ1730467S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 16 février 2017 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 juin 2017,

Décide :

Article 1er

Le groupement d'intérêt économique Harmonie Informatique Services Mutualistes est agréé pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen des applications fournies par les membres du groupement.

Article 2

Le groupement d'intérêt économique Harmonie Informatique Services Mutualistes s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 13 juillet 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
P. Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 13 juillet 2017 portant renouvellement d'agrément du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients

NOR : *SSAZ1730468S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 20 avril 2017 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 juin 2017,

Décide :

Article 1er

L'agrément en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel du centre hospitalier universitaire de Nantes pour la prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients est renouvelé pour une durée de trois ans.

Article 2

Le centre hospitalier universitaire de Nantes s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 13 juillet 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
P. Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société ITS Integra pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par le client

NOR : *SSAZ1730469S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 20 avril 2017 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 juin 2017,

Décide :

Article 1er

La société ITS Integra est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement de données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par le client.

Article 2

La société ITS Integra s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 13 juillet 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
P. Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 13 juillet 2017 portant agrément de la société IP Line pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients (Service cloud hybride HDS)

NOR : *SSAZ1730470S*

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 1111-8 et R. 1111-9 à R. 1111-15-1 ;

Vu l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés en date du 22 juin 2017 ;

Vu l'avis du comité d'agrément des hébergeurs de données de santé à caractère personnel en date du 28 juin 2017,

Décide :

Article 1er

La société IP Line est agréée pour une durée de trois ans en qualité d'hébergeur de données de santé à caractère personnel pour une prestation d'hébergement des données de santé à caractère personnel collectées au moyen d'applications fournies par les clients (Service cloud hybride HDS).

Article 2

La société IP Line s'engage à informer sans délai la ministre chargée de la santé de tout changement affectant les informations communiquées et de toute interruption, temporaire ou définitive, de son activité d'hébergement.

Article 3

Le délégué à la stratégie des systèmes d'information de santé est chargé de l'exécution de cette décision, qui sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 13 juillet 2017.

Pour la ministre et par délégation :
Le délégué par intérim,
P. Cirre

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction de la politique
des produits de santé
et de la qualité des pratiques
et des soins

Note d'information nº DGS/PP2/2017/180 du 29 mai 2017 relative à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme

NOR : *SSAP1716001N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 12 mai 2017 – Nº 50.

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

Résumé : transparence des liens existant entre les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme avec les acteurs du champ de la santé.

Références :

Article L. 1453-1 du code de la santé publique, modifié par l'article 178 de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; articles D. 1453-1 et suivants du code de la santé publique ;

Décret nº 2016-1939 du 28 décembre 2016 relatif à la déclaration publique d'intérêts prévue à l'article L. 1451-1 du code de la santé publique et à la transparence des avantages accordés par les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire et cosmétique destinés à l'homme ;

Arrêté du 3 décembre 2013 modifié relatif aux conditions de fonctionnement du site internet public unique mentionné à l'article R. 1453-4 du code de la santé publique ;

Décision nº 369074 du 24 février 2015 du Conseil d'État.

Décisions DC 2015-727 du 21 janvier 2016, considérants 87 à 93 ;

Circulaire abrogée : circulaire nº DGS/PP2/2013/224 du 29 mai 2013 relative à l'application de l'article 2 de la loi nº 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

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

L'article L. 1453-1 du code de la santé publique introduit par l'article 2 de la loi nº 2011-2012 du 29 décembre 2011 et modifié par l'article 178 de la loi nº 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a pour objectif d'assurer une transparence accrue et d'améliorer l'information du public s'agissant des liens existants entre, d'une part, les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme ou assurant des prestations associées à ces produits, et d'autre part, les différents acteurs intervenant dans le champ de la santé, notamment les professionnels de santé.

Le dispositif « transparence », en permettant l'accès des citoyens aux informations qu'il vise, leur assure une appréciation objective des relations entre professionnels de santé et industrie.

La présente note précise la portée de l'ensemble de ces dispositions pour l'ensemble des acteurs du champ concerné.

A. – Les entreprises soumises aux obligations de publicité

Aux termes des dispositions de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique, sont concernées par l'obligation de publicité les entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire les produits relevant de la compétence de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et les entreprises assurant des prestations associées à ces produits.

Toute entreprise produisant ou commercialisant des produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique ou des médicaments vétérinaires, que son siège social soit ou non implanté en France et que ses produits soient ou non exploités ou commercialisés en France, est tenue de rendre publiques les conventions qu'elle conclut avec des professionnels de santé exerçant en France (et les étudiants se destinant à ces professions) ou avec tout organisme ou association implantées en France figurant à l'article L. 1453-1 du code de la santé publique. Les avantages ou les rémunérations procurés à ces mêmes personnes doivent également être rendus publics.

Les entreprises qui assurent des prestations associées à ces produits de santé sont également tenues à la même obligation, dans les mêmes conditions.

C'est en effet le fait de conclure des conventions avec les personnes mentionnées à l'article L. 1453-1 du code de la santé publique ou de procurer des avantages à ces mêmes personnes qui entraîne l'application du dispositif « transparence des liens d'intérêts » et donc l'obligation de publication par les entreprises.

1. **Les entreprises produisant ou commercialisant des produits à finalité sanitaire ou cosmétique destinés à l'homme**

Sont visées les entreprises qui produisent ou commercialisent un ou plusieurs des produits suivants :

a) Les produits à finalité sanitaire destinés à l'homme

Les médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique.

Les produits contraceptifs et contragestifs.

Les biomatériaux et les dispositifs médicaux.

Les dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro*.

Les tissus, cellules et produits d'origine humaine ou animale, y compris lorsqu'ils sont prélevés à l'occasion d'une intervention chirurgicale.

Les produits cellulaires à finalité thérapeutique.

Le lait maternel collecté, qualifié, préparé et conservé par les lactariums.

Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles de contact.

Les procédés et appareils destinés à la désinfection des locaux et des véhicules dans les cas prévus à l'article L. 3114-1.

Les micro-organismes et toxines mentionnés à l'article L. 5139-1.

Les logiciels qui ne sont pas des dispositifs médicaux et qui sont utilisés par les laboratoires de biologie médicale, pour la gestion des examens de biologie médicale et lors de la validation, de l'interprétation, de la communication appropriée et de l'archivage des résultats.

Les dispositifs à finalité non strictement médicale utilisés dans les laboratoires de biologie médicale pour la réalisation des examens de biologie médicale.

Les logiciels d'aide à la prescription et les logiciels d'aide à la dispensation.

b) Les produits à finalité cosmétique

Les lentilles oculaires non correctrices.

Les produits cosmétiques.

Les produits de tatouage.

Pour les entreprises multi-produits, seules sont concernées les activités liées aux produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique.

2. **Les entreprises assurant des prestations associées à ces produits**

Les termes « entreprises assurant des prestations associées à ces produits » doivent être entendus comme visant toute entreprise exerçant à titre principal ou subsidiaire :

- une activité de prestations de services techniques nécessaires à l'utilisation de l'un des produits de santé figurant sur la liste du II de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique (*cf. supra*), telle que l'installation ou la maintenance du produit ou la formation de l'utilisateur de ce produit ;
- une activité de prestations de services liés à la prise en charge de ces produits par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;
- une activité de communication et de publicité liée à ces produits ;
- ou comme toute autre entreprise agissant pour le compte d'entreprises mentionnées au 1.A. de la 1re partie de la présente note et assurant une prestation liée à ces produits.

En tout état de cause, ces entreprises devront s'organiser avec les entreprises produisant ou commercialisant des produits de santé pour qu'il n'y ait pas de double publication pour les mêmes opérations.

Cette terminologie n'a pas pour objet de renvoyer notamment au pharmacien d'officine qui distribue au détail des médicaments et autres produits dont il peut être fait commerce dans son officine.

B. – Les parties contractantes et les bénéficiaires des avantages

Les entreprises mentionnées au A de la présente note peuvent être liées par convention, octroyer des avantages et verser des rémunérations, sans préjudice des dispositions prévues par la loi « anti-cadeaux », sous réserve de les rendre publics, aux personnes suivantes exerçant leur activité sur le territoire français :

- les professionnels de santé relevant de la quatrième partie du code de la santé publique. Il s'agit des :
  - médecin ;
  - chirurgien-dentiste ;
  - sage-femme ;
  - pharmacien ;
  - préparateur en pharmacie et préparateur en pharmacie hospitalière ;
  - infirmier ;
  - masseur-kinésithérapeute ;
  - pédicure-podologue ;
  - ergothérapeute ;
  - psychomotricien ;
  - orthophoniste ;
  - orthoptiste ;
  - manipulateur d'électroradiologie médicale ;
  - technicien de laboratoire médical ;
  - audioprothésiste ;
  - opticien-lunetier ;
  - prothésiste et orthésiste pour l'appareillage des personnes handicapées ;
  - diététicien ;
  - aide soignant ;
  - auxiliaire de puériculture ;
  - ambulancier ;
  - assistant dentaire ;
  - radio-physicien.

Ces professionnels entrent dans les prévisions de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique lorsqu'ils concluent des conventions ou perçoivent des avantages ou des rémunérations dans l'exercice habituel de leur profession, et non lorsqu'ils agissent en leur qualité de consommateurs.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux rémunérations des professionnels de santé exerçant leur activité principale en qualité de salarié d'une de ces entreprises, ce qui signifie que leurs contrats de travail avec l'entreprise qui les emploie, les avantages alloués et les rémunérations versées par cette même entreprise n'ont pas à être publiés. De même, ces dispositions ne s'appliquent pas aux conventions de stages avec les étudiants :

- les associations de professionnels de santé. Cette notion recouvre les associations qui réunissent des professionnels de santé et dont l'objet est en lien avec l'exercice de la profession ;
- les étudiants dont les études les destinent aux professions relevant de la quatrième partie du code de la santé publique ainsi que les associations et groupements les représentants, c'est-à-dire chargés de défendre leurs intérêts ;
- les associations d'usagers du système de santé. Sont visées les associations agréées, mentionnées à l'article L. 1114-1 du code de la santé publique et celles qui représentent les usagers du système de santé non agréées ;

Pour les associations regroupant à la fois des professionnels de santé et des usagers du système de santé, la déclaration peut être faite au regard de l'objet principal de l'association :

- les établissements de santé relevant de la sixième partie du code de la santé publique ;
- les académies, les fondations, les sociétés savantes et les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits et prestations mentionnés par la présente note :
  - les académies concernées sont celles qui interviennent dans le secteur des produits et prestations de santé, notamment l'académie nationale de médecine, l'académie nationale de pharmacie, l'académie nationale de chirurgie, l'académie des sciences ;
  - les fondations concernées sont les fondations régies par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat, les fondations d'entreprises régies par la loi n° 90-559 du 4 juillet 1990, les fondations de coopération scientifique régies par la loi n° 2006-450 du 18 avril 2006, les fondations universitaires régies par l'article L. 719-12 du code de l'éducation, les fondations partenariales régies par l'article L. 719-13 du code de l'éducation, ainsi que les fondations abritées par la Fondation de France ainsi que les fondations hospitalières régies par la loi n° 2011-940 du 10 août 2011 lorsque ces fondations ont un objet en lien avec les activités liées aux produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique. Le fait que ces fondations soient reconnues d'utilité publique ou non est sans incidence sur la publication ;
  - les sociétés savantes ont notamment pour objet - dans un champ disciplinaire donné - de rendre compte de l'état de l'art, d'améliorer la connaissance et d'assurer la formation et la recherche du secteur considéré, notamment par l'intermédiaire de leurs publications et ce avec une portée nationale ou internationale. Ces sociétés savantes sont souvent constituées sous forme associative, mais peuvent revêtir d'autres formes juridiques. Au regard de l'obligation de publication pour cette catégorie, la forme juridique est sans incidence ;
  - la notion de sociétés ou organismes de conseil vise l'ensemble des prestataires de conseil de l'industrie des produits relevant du champ de compétence de l'ANSM.

Par ailleurs, la catégorie des « sociétés ou organismes de conseil » au sens de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique ne couvre pas les membres des professions réglementées qui sont régis par une réglementation qui leur est propre.

Ainsi n'ont pas à être publiées les conventions conclues avec ces professions réglementées, soumises du reste à un secret professionnel, à savoir, avec des avocats (article 66-5 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971), des experts-comptables (article 21 de l'ordonnance n° 45-2138 du 19 septembre 1945 portant institution de l'ordre des experts-comptables et réglementant le titre et la profession d'expert-comptable), des commissaires aux comptes (article L. 821-3-1 du code de commerce), des officiers ministériels (comme les notaires [loi du 25 Ventôse, an XI, article 23]) ou des banquiers (article 57 de la loi n° 84-46 du 24 janvier 1984 relative à l'activité et au contrôle des établissements de crédit) ;

- les personnes morales éditrices de presse, de services de radio ou de télévision et de services de communication au public en ligne :
  - l'expression « personnes morales » désigne toute personne morale ou groupement de droit éditant, en tant que propriétaire ou locataire-gérant, une publication de presse ou un service de presse en ligne (article 2 de la loi du 1er août 1986 portant réforme du statut des entreprises éditrices de presse) ;
  - est considéré comme service de télévision tout service de communication au public par voie électronique destiné à être reçu simultanément par l'ensemble du public ou par une catégorie de public et dont le programme principal est composé d'une suite ordonnée d'émissions comportant des images et des sons ;

– est considéré comme service de radio tout service de communication au public par voie électronique destiné à être reçu simultanément par l'ensemble du public ou par une catégorie de public et dont le programme principal est composé d'une suite ordonnée d'émissions comportant des sons. (article 2 de la loi du 30 septembre 1986 relative à la liberté de communication) ;
– les éditeurs de services de communication en ligne : personnes dont l'activité est d'éditer, à titre professionnel ou non professionnel, un service de communication au public en ligne (article 6-III de la loi du 21 juin 2004 sur la confiance dans l'économie numérique).

L'intention du législateur a été de limiter l'obligation de publication des conventions conclues particulièrement avec les organes de presse suivants : presse scientifique et médicale et presse spécialisée destinée aux professionnels de santé, les agences de presse sont concernées par le présent dispositif de transparence ;

– les éditeurs de logiciels d'aide à la prescription et à la délivrance ;
– les personnes morales assurant la formation initiale ou continue des professionnels de santé ou participant à cette formation. À titre d'exemple, ces termes peuvent recouvrir les universités de médecine ou de pharmacie, les centres hospitaliers universitaires dans le cadre de leurs activités d'enseignement et de formation, les écoles publiques ou privées ou encore les organismes de formation continue ayant pour objet de former à certaines professions relevant de la quatrième partie du code de la santé publique.

Les personnes mentionnées à la présente sous-partie sont nommés « acteurs intervenant dans le champ de la santé » ou « acteurs du champ de la santé » pour la suite de la présente note.

C. – Nature des informations rendues publiques

1. **Publication des informations relatives aux conventions**

a) Publication de certaines informations relatives aux conventions

L'article L. 1453-1 du code de la santé publique vise la publication de certaines informations pour les conventions conclues entre les entreprises et les catégories d'acteurs intervenant dans le champ de la santé (*cf.* supra).

Précisément, une liste limitative d'informations est portée à la connaissance du public. L'objet précis de la convention est ainsi rendu public dans le respect des informations couvertes par le secret industriel ou commercial. L'article 6 de l'arrêté du 22 mars 2017 (*JO* du 26 mars 2017) fixe notamment la liste des objets précis.

Le montant des conventions est par ailleurs rendu public. L'article R. 1453-3 du code de la santé publique précise que le montant qui doit être rendu public est celui indiqué dans la convention. Le montant correspond ainsi aux informations financières contenues dans la convention.

L'article R. 1453-5 du code de la santé publique précise que doivent être déclarés les éléments contenus dans les conventions signées. Le montant à déclarer est celui prévu à la convention au moment de sa signature. Si un avenant vient modifier les termes de la convention, une modification de la déclaration doit être opérée.

Les entreprises produisant ou commercialisant des produits à visée cosmétique ou assurant des prestations associées à ces produits ne doivent rendre publiques que l'existence des conventions relatives à la conduite des travaux d'évaluation de la sécurité, de vigilance ou de recherches biomédicales.

b) Conventions exclues du dispositif

Certaines conventions sont cependant exclues de l'obligation de publicité. En effet, le législateur n'a pas entendu inclure les conventions conclues dans le cadre des relations commerciales (articles L. 441-3 et L. 441-7 du code du commerce). Cette obligation de publicité ne s'applique pas aux conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code de commerce et qui ont pour objet l'achat de biens ou de services par les personnes physiques ou morales mentionnées aux 1° à 9° du présent I auprès des entreprises produisant ou commercialisant des produits mentionnés au II de l'article L. 5311-1 du présent code ou assurant des prestations associées à ces produits.

2. **La publication des rémunérations**

a) Notion de rémunération à rendre publique

Doivent être rendues publiques les rémunérations versées dans le cadre des conventions passées entre l'entreprise et les acteurs du monde de la santé.

La notion de rémunération recouvre les sommes versées en contrepartie d'un travail ou d'une prestation effectuée par l'une des personnes mentionnées à l'article L. 1453-1 du code de la santé publique pour le compte d'une entreprise produisant ou commercialisant des produits de santé, des produits à finalité cosmétique ou assurant des prestations associées à ces produits.

La loi disposant qu'il s'agit des rémunérations versées, il convient de déclarer ce qui est décaissé par l'entreprise à destination de la personne physique ou morale qui perçoit la rémunération. Il peut s'agir d'une rémunération nette, brute, HT/TTC.

3. **La publication des avantages**

a) Notion d'avantage à rendre public

Doivent être rendus publics par les entreprises au titre de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique, les avantages, autres que les rémunérations, en nature ou en espèces qu'elles procurent directement ou indirectement aux acteurs du champ de la santé (*cf. infra*).

Les dispositions de l'article L. 1453-1 du code de la santé publique n'ont ni pour objet ni pour effet d'autoriser l'octroi d'avantages qui seraient interdits au titre du dispositif « loi anti cadeaux ».

L'avantage à rendre public s'entend de ce qui est alloué ou versé sans contrepartie à une personne bénéficiaire, y compris dans le cadre de conventions mentionnées au 1 du C de la présente partie.

La nature de l'avantage à publier est le type d'avantage qui a été accordé à une personne bénéficiaire.

À titre d'exemple, les avantages qui doivent être rendus publics peuvent être en nature comme les cadeaux, les dons de matériels, les invitations, les frais de restauration ou la prise en charge de voyages d'agrément ou en espèce comme des commissions, des remises, des ristournes ou des remboursements de frais, à l'exclusion des avantages issus des conventions régies par les articles L. 441-3 et L. 441-7 du code du commerce.

b) Seuil de publicité

Les avantages dont le montant est supérieur ou égal à dix euros toutes taxes comprises (TTC) entrent dans le champ de ce dispositif de transparence.

Ainsi, les entreprises transmettent le montant de chaque avantage supérieur ou égal à 10 € TTC, arrondi à l'euro le plus proche, la date à laquelle il a été accordé, sa nature, par personne physique ou morale.

4. **Notion de bénéficiaire final et de bénéficiaire indirect**

a) Bénéficiaire final des rémunérations et avantages versés dans le cadre des conventions

Le législateur a souhaité afin de renforcer la transparence des liens d'intérêts que l'éventuel bénéficiaire final de la rémunération et/ou de l'avantage versé dans le cadre d'une convention soit rendu public.

Les rémunérations et avantages octroyés dans le cadre d'une convention peuvent être rétrocédés à d'autres personnes physiques ou morales que le(s) contractant(s) de la convention dans le cadre d'une éventuelle sous-traitance des obligations prévues par la convention.

À cette fin, l'article R. 1453-3 du code de la santé publique dispose que les cocontractants sont tenus de fournir à l'entreprise avec laquelle ils ont conventionné l'ensemble des informations dont ils ont connaissance permettant d'identifier les éventuels bénéficiaires finaux de la rémunération ou de l'avantage versé dans le cadre d'une convention, afin que l'entreprise en assure la déclaration.

Les modalités de cette information peuvent ainsi être prévues dans la convention.

Si une entreprise soumise au dispositif de transparence conclut une convention avec une entreprise elle aussi soumise à ce même dispositif (par exemple entreprise assurant une prestation de communication), ces entreprises devront s'organiser pour qu''il n'y ait pas de double publication pour les mêmes opérations, et l'identification du bénéficiaire final doit être mentionné par une seule entreprise.

Si une entreprise soumise au dispositif de transparence conventionne avec une entreprise hors champ et que cette dernière finance des prestations ou octroie à l'un des bénéficiaires mentionnés à l'article L. 1453-1 du CSP des avantages avec les sommes qu'elle a perçues dans le cadre de la convention, il revient à l'entreprise soumise au dispositif de transparence de rendre publics les conventions signées ainsi que les avantages et rémunérations octroyés.

b) Bénéficiaire indirect des avantages versés hors convention

Les avantages versés hors conventions peuvent être directs ou indirects, c'est-à-dire accordés au bénéficiaire concerné ou accordés à ses proches ou à des groupements dont il serait membre.

Pour ces avantages versés hors convention, comme le prévoit l'article R. 1453-3 du code de la santé publique, les bénéficiaires directs doivent aussi informer les entreprises des éventuels bénéficiaires indirects ou finaux de ces avantages. Ainsi, l'entreprise qui verse un avantage à une personne physique ou morale doit informer le(s) bénéficiaire(s) que cette information doit lui être transmise.

D. – Publication des informations

1. **Date de publication**

Les conventions, avantages et rémunérations sont rendus publics dans les conditions suivantes :

– pour les conventions conclues et avantages et rémunérations alloués ou versés au cours du premier semestre civil, soit du 1er janvier de l'année *N* au 30 juin de l'année N, la publication est faite sur le site Internet « transparence-santé » au plus tard le 1er octobre de l'année *N* ;
– pour les conventions conclues et avantages et rémunérations alloués ou versés au cours du second semestre civil, soit du 1er juillet de l'année *N* au 31 décembre de l'année *N*, la publication intervient sur le site « transparence-santé » au plus tard le 1er avril de l'année *N* + 1.

2. **Publication sur le site Internet public unique « transparence-santé »**

La publication se fait sur le site Internet public unique dont les conditions de fonctionnement sont prévues par l'arrêté du 3 décembre 2013 modifié relatif aux conditions de fonctionnement du site internet public unique mentionné à l'article L. 1453-1 du code de la santé publique.

Information des personnes concernées par le traitement de données

Les personnes soumises au dispositif « Transparence » doivent être clairement et explicitement informées du traitement automatisé de leurs données et de l'absence de droit d'opposition à la collecte et au traitement de leurs données dans la mesure où le dispositif « Transparence » est obligatoire.

Il doit aussi être indiqué que le droit d'accès et de rectification s'effectue à partir de la base de données « transparence-santé ».

3. **Transmission des informations par les entreprises pour publication**

Les informations relatives aux conventions conclues et avantages et rémunérations versés sont transmises par les entreprises à l'autorité responsable du site unique selon la périodicité suivante :

– au plus tard le 1er septembre pour les informations relatives au premier semestre civil ;
– au plus tard le 1er mars de l'année suivante pour les informations relatives au second semestre civil de l'année *N* – 1.

Les transmissions se font par l'intermédiaire du site Internet suivant : https://www.entreprises-transparence.sante.gouv.fr

E. – Sanctions

Les entreprises qui omettent sciemment de publier l'objet précis, la date, le bénéficiaire direct et le bénéficiaire final, et le montant des conventions mentionnées à l'article L. 1453-1, les rémunérations mentionnées au I *bis* dudit article, ainsi que les avantages mentionnés au II du même article s'exposent aux peines prévues par l'article L. 1454-3 du code de la santé publique pouvant aller jusqu'à 45 000 € d'amende. Des peines complémentaires sont également prévues pour les personnes physiques à l'article L. 1454-4 du code de la santé publique.

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

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Direction générale de l'offre de soins

Direction générale
de la cohésion sociale

Instruction n° DGS/PP2/2017/187 du 18 mai 2017 relative au diagnostic et à la prise en charge des enfants exposés *in utero* au valproate de sodium et à ses dérivés ainsi qu'aux autres antiépileptiques

NOR : *SSAP1716361J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 12 mai 2017. – Visa CNP 2017-69.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet de repérer les situations d'enfants exposés *in utero* au valproate de sodium ou à ses dérivés ou à un autre médicament indiqué dans le traitement de l'épilepsie et de mettre en place une filière de soins adaptée pour le diagnostic et leur prise en charge.

Mots clés : valproate de sodium et ses dérivés – Dépakine® – médicaments indiqués dans le traitement de l'épilepsie – centres de référence maladies rares – centres de ressources autisme.

Annexes :

Annexe 1. – Liste des centres de référence maladies rares spécialisés dans les anomalies du développement et les syndromes malformatifs et des centres de référence spécialisés dans les maladies rares du développement cérébral et les déficiences intellectuelles (CRMR).

Annexe 2. – Liste des centres de ressources autisme (CRA).

Annexe 3. – Liste des centres de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA).

Diffusion : les ARS, les centres de référence maladies rares spécialisés dans les anomalies du développement et les syndromes malformatifs, les centres de référence spécialisés dans les maladies rares du développement cérébral et les déficiences intellectuelles, les centres de ressources autisme, les centres de référence des troubles du langage et des apprentissages.

Les ARS transmettent par courrier postal la présente instruction aux coordonnateurs des CRMR, des CRA et des CRTLA.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour diffusion) ; Mesdames et Messieurs les coordonnateurs des centres de référence maladies rares spécialisés dans les anomalies du développement et les syndromes malformatifs ; Mesdames et Messieurs les directeurs des centres de ressources autisme ; Mesdames et Messieurs les directeurs des centres de référence des troubles du langage et des apprentissages (pour exécution).

1. Introduction

Le valproate de sodium et ses dérivés sont indiqués dans le traitement de l'épilepsie et des troubles bipolaires chez l'adulte et chez l'enfant.

Le valproate de sodium et ses dérivés sont des principes actifs aux effets tératogènes connus qui exposent à un risque de malformations congénitales dans environ 10 % des cas, soit une fréquence environ 4-5 fois supérieure à celle observée dans la population générale.

Les enfants exposés pendant la grossesse présentent également 30 à 40 % de risques de troubles neuro-développementaux.

D'autres médicaments indiqués dans le traitement de l'épilepsie (certains de ces traitements anti-épileptiques étant aussi prescrits dans les troubles de l'humeur) peuvent présenter des effets tératogènes ou fœtotoxiques. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) procède actuellement à une réévaluation des 21 substances anti-épileptiques. À l'issue de la finalisation prochaine de ces travaux, des informations complémentaires vous seront diffusées.

D'ores et déjà, afin d'aider les professionnels de santé de ville et hospitaliers dans leur diagnostic d'embryo-fœtopathie au valproate et dans la prise en charge des patients concernés, le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) « embryo-fœtopathie au valproate » a été publié sur le site de la Haute Autorité de santé[1]. La rédaction de ce PNDS a été confiée au centre de référence anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'interrégion Ouest et aux filières de santé maladies rares ANDDI-Rares et DéfiScience.

Instruction

Une attention particulière de la part des médecins généralistes, des pédiatres, des gynéco-obstétriciens, des sages-femmes, des neurologues, des psychiatres sera portée aux enfants présentant les symptômes décrits dans le PNDS.

La prise de valproate de sodium ou d'un médicament indiqué dans le traitement de l'épilepsie par leur mère, durant la grossesse, doit être recherchée systématiquement dès la première consultation par ces professionnels, (par exemple : « Avez-vous pris du valproate, ou un antiépileptique pendant la grossesse ? » ; « La mère de l'enfant a-t-elle pris du valproate ou un antiépileptique pendant la grossesse ? »).

En cas de réponse positive, le professionnel de santé doit signaler systématiquement, par le biais du portail de signalement des événements sanitaires indésirables[2], au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend, les signes observés chez l'enfant et le nom du (des) médicaments pris par sa mère durant la grossesse. Il devra également l'inscrire systématiquement dans le carnet de santé.

Si des signes sont décelés, il conviendra d'orienter les enfants vers l'un des 6 centres de référence maladies rares (CRMR) spécialisés dans les anomalies du développement et les syndromes malformatifs ou bien l'un des 5 centres pour les maladies rares du développement cérébral et les déficiences intellectuelles, afin que la prise en charge diagnostique et thérapeutique optimale soit réalisée sans tarder. Dès lors qu'un prédiagnostic d'autisme aura été réalisé par l'un de ces centres, les familles seront orientées vers les centres de ressources autisme (CRA), afin que les enfants puissent être pris en charge dans les meilleurs délais.

Centre de ressources autisme

De même, les professionnels des CRA et des équipes de proximité organisées dans les territoires régionaux pour le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme (TSA)[3] doivent rechercher de façon systématique, lors de la première consultation ou de toute consultation s'agissant des enfants déjà suivis, la prise de valproate de sodium ou d'un médicament indiqué dans le traitement de l'épilepsie durant la grossesse chez les mères des enfants pour lesquels un diagnostic de TSA est posé (par exemple : « Avez-vous pris du valproate ou un anti épileptique pendant la grossesse ? » ; « la mère de l'enfant a-t-elle pris du valproate ou un anti épileptique pendant la grossesse ? »). En cas de réponse positive, ils devront accompagner les familles, le cas échéant, en les orientant vers les centres de référence maladies rares spécialisés envisagés ci-dessus, en présence de troubles associés aux TSA. Comme indiqué ci-dessus, le professionnel de santé doit signaler systématiquement au centre régional de pharmacovigilance dont il dépend, les signes observés chez l'enfant et le nom du (des) médicaments pris par sa mère durant la grossesse.

La même démarche devra être adoptée par les centres de référence des troubles du langage et des apprentissages.

---

[1] www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2751900/fr/embryo-foetopathie-au-valproate

[2] https://signalement.social-sante.gouv.fr/

[3] En référence à l'organisation régionale fonctionnelle graduée décrite dans l'instruction n° DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/CNSA/2014/221 du 17 juillet 2014 relative au cadre national de repérage, de diagnostic et d'interventions précoces pour les enfants avec autisme ou autres troubles envahissants du développement prévu par le plan autisme (2013-2017).

Protocole national de diagnostic et de soins (PNDS)

En conclusion, lorsque le médicament concerné est à base de valproate de sodium ou de ses dérivés, les professionnels doivent se reporter au PNDS, publié sur le site de la HAS, pour poser leur diagnostic d'embryo-fœtopathie au valproate de sodium ou à ses dérivés et pour définir une orientation et une prise en charge adéquate des patients concernés. Lorsque le médicament concerné est un autre antiépileptique, et en l'attente des résultats des réévaluations par l'ANSM, le PNDS peut également servir de base pour l'orientation et la prise en charge des patients concernés.

Vous voudrez bien faire part de toute difficulté à la direction générale de la santé, sous-direction de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins, 14, avenue Duquesne, 75007 Paris.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
Pr B. Vallet

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

La cheffe de service,
adjointe au directeur général de l'offre de soins,
chargée des fonctions de directrice générale de l'offre de soins par intérim,
K. Julienne

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

ANNEXE 1

LISTE DES CENTRES DE RÉFÉRENCE MALADIES RARES SPÉCIALISÉS DANS LES ANOMALIES DU DÉVELOPPEMENT ET LES SYNDROMES MALFORMATIFS, ET DES CENTRES DE RÉFÉRENCE SPÉCIALISÉS DANS LES MALADIES RARES DU DÉVELOPPEMENT CÉRÉBRAL ET LES DÉFICIENCES INTELLECTUELLES (CRMR)

Centres de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs :

Site de la fédération des centres de référence « anomalies du développement et syndromes malformatifs » : http ://www.feclad.org.

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'Ouest (Coordonnateur Pr Sylvie ODENT). CHU de RENNES - Hôpital Sud - 16, boulevard de Bulgarie, BP 90347, 35203 Rennes Cedex 2 – Tél : 02 99 26 67 44.

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'Est (Coordonnateur Pr Laurence OLIVIER-FAIVRE). CHU de Dijon - Centre de génétique - Hôpital d'enfants - 2, Boulevard Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, BP 77908, 21079 Dijon Cedex – Tél : 03 80 29 53 13.

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs du Sud-Est (Coordonnateurs : Pr Patrick EDERY). Hospices civils de Lyon - Groupement Hospitalier Est - Hôpital Femme Mère Enfant - 59, boulevard Pinel, 69 677 Bron – Tél : 04 27 85 55 73.

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs du Sud-Ouest Occitanie Réunion (Coordonnateur Pr Didier LACOMBE). Service de génétique médicale - CHU de Bordeaux - Groupe hospitalier Pellegrin - place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux Cedex – Tél : 05 57 82 03 63

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatif d'Ile-de-France (Coordonnateur Pr Alain VERLOES). Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Département de génétique - CHU Robert Debré, 37, boulevard Sérurier, 75019 Paris – Tél : 01 40 03 53 42

Centre de référence des anomalies du développement et syndromes malformatifs de l'inter-région Nord-Ouest (Coordonnateur Pr Sylvie MANOUVRIER-HANU). CHRU de Lille - Service de génétique clinique - Hôpital Jeanne de Flandre - rue Pierre-Decoulx, 59037 Lille Cedex France – Tél : 03 20 44 49 11

Centres de référence pour les maladies rares du développement cérébral et déficiences intellectuelles :

Centre de référence des déficiences intellectuelles de causes rares (Coordonnateur : Dr Delphine HERON). Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Département de génétique et cytogénétique - 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13 – Tél : 01 42 16 13 47

Centre de Référence du Syndrome de Prader-Willi et syndromes apparentés (Coordonnateur : Pr Maithé TAUBER). CHU de Toulouse - Hôpital des Enfants - 330 avenue de Grande-Bretagne, 31059 Toulouse Cedex 9 – Tél : 05 34 55 86 98

Centre de référence des maladies rares à expression psychiatrique (Coordonnateur : Pr David COHEN). Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Département de génétique et cytogénétique - 47-83, boulevard de l'Hôpital, 75651 Paris cedex 13 – Tél : 01 42 16 23 89

Centre de référence des malformations et maladies congénitales du cervelet (Coordonnateur : Dr Lydie BURGLEN). Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Service de génétique et embryologie médicale - CHU Paris Est - Hôpital Armand Trousseau - 26, avenue du Docteur-Arnold-Netter, 75012 Paris – Tél : 01 44 73 67 27

Centre de référence des épilepsies rares (Coordonnateur : Pr Rima NABBOUT). Assistance Publique-Hôpitaux de Paris - Service de neurologie - Hôpital Necker-Enfants malades - 149, rue de Sèvres, 75015 Paris – Tél : 01 44 49 48 54

ANNEXE 2

LISTE DES CENTRES DE RESSOURCES AUTISME (CRA)

GCSMS Groupement National des Centres Ressources Autisme (GNCRA)
27 rue de Rambouillet
75012 Paris
01 86 95 45 75
contact@gncra.fr

Administrateur: M. MASSON Olivier
Directrice: Mme JASON Florence

26 CRA

Centre Ressource	Pôle/Unité	Adresse postale	Téléphone	Directeur / Coordonnateur	Mail
ALSACE	Pôle régional Enfants et Adolescents	Hôpital Elsau, 15 rue Elsau 67200 STRASBOURG	03 88 11 59 52	Dr CHABAUX-DELARAI	cra.stbg@gmail.com
	Antenne 68 du Pôle régional Enfants et adolescents	Centre hopsitalier 68250 ROUFFACH	03 89 78 78 10	Dr OBERLIN	cra.enfants@ch-rouffach.fr
	Pôle départemental Adultes 67	EPSAN secteur 67G03, 114 avenue de Strasbourg, BP 83, 67173 BRUMATH Cedex	03 88 64 57 37	Dr IONESCU-ION / Dr HOCHNER	secretariatcra67@ch-epsan.fr
	Pôle départemental Adultes 68	13 rue Charles Sandherr, 68000 COLMAR	03 89 24 99 23	Dr SHAAL / Dr MURAD	cra68@cra-alsace.net
	Pôle régional documentation: AÏDA	13 rue Charles Sandherr, 68000 COLMAR	03 99 20 11 95	Mme BOUISSAC	aida@cra-alsace.net
AQUITAINE		Hôpital Charles Perrens, CS81285, 121 rue de la Béchade 33076 BORDEAUX Cedex	05 56 56 67 19	Dr AMESTOY par délégation du Pr BOUVARD	cra-aquitaine@ch-perrens.fr
	Centre de documentation	Hôpital Cherles Perrens 121 rue de la Béchade 33076 BORDEAUX Cedex	05 56 56 67 18	Mme AMOROSO	documentationcra-aquitaine@ch-perrens.fr
	Antenne d'Agen	Centre hospitalier La Candelie 47916 AGEN	05 53 77 69 82 ou 36 02 ou 63 03	Dr GALERA	
	Antenne de Bergerac	Centre hospitalier Samuel Pozzi, 9 avenue Albert Calmette 24108 BERGERAC	05 53 63 86 63	Dr RAJERISON	
	Antenne de Bayonne	Centre hospitalier de la Côte Basque, 13 avenue de l'Interne Jacques Loeb, 64109 BAYONNE	05 59 44 32 85		
	Antenne de Mont de Marsan	Hôpital de jour "Maison d'Oze" Avenue de Nonères 40024 MONT DE MARSAN	05 58 05 31 51 ou 50	Dr FARBOS	

	Antenne de Pau	Centre hopsitalier des Pyrénées 29 avenue du Général Leclerc 64039 PAU Cedex	05 59 80 94 53	Dr GUILLAUME	
AUVERGNE	Unité Enfants et Adolescents	CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Psychiatrie, 58 rue de Montalembert 63000 CLERMONT-FERRAND	04 73 75 19 48		cra-auvergne@chu-clermontferrand.fr
	Unité Adultes	CHU de Clermont-Ferrand Pôle de Psychiatrie, 58 rue de Montalembert 63000 CLERMONT-FERRAND	04 73 75 49 93	Dr GEMBARA	cra-auvergne@chu-clermontferrand.fr
	Centre de documentation		04 73 75 49 75	M. AUGUSTIN	vaugustin@chu-clermontferrand.fr
BASSE NORMANDIE		CHU de Caen, Avenue Georges Clémenceau CS 30001, 14033 CAEN Cedex 9	02 31 06 58 20	Dr MOUSSAOUI	cra-sec@chu-caen.fr
	Centre de documentation	CHU de Caen, Avenue Georges Clémenceau CS 30001, 14033 CAEN Cedex 9	02 31 06 58 32	Mme HAUVEL	hauvel-l@chu-caen.fr
BOURGOGNE	Unité régionale clinique	CHU du Bocage, Ecoles des cadres infirmiers - 2e étage, 10 bd Maréchal de Lattre de Tassigny, BP 77908, 21077 DIJON	03 80 29 54 19	Dr PINOIT	cra@bourgogne.org
	Unité départementale clinique de la Côte d'Or	CHU du Bocage, Ecoles des cadres infirmiers - 2e étage, 10 bd Maréchal de Lattre de Tassigny, BP 77908, 21077 DIJON	03 80 29 54 19		cra.ud21@crabourgogne.org
	Unité départementale clinique de la Nièvre	CAMSP Le Fil d'Ariane 6-8 rue des Docks 58000 NEVERS	03 86 71 98 50 ou 03 86 94 39 88		cra.ud58@crabourgogne.org
	Unité départementale de la Saône et Loire	CHS de Sevrey 55 rue Auguste Champion 71331 ChALON/SAONE Cedex	03 85 92 84 08		cra.ud71@crabourgogne?org
	Unité départementale clinique de l'Yonne	CHS d'Auxerre 1 rue Girard de Cailleux 89000 AUXERRE	03 86 94 39 88 àu 03 86 72 13 32		cra.ud89@crabourgogne.org
	Centre de documentation	CHU du Bocage, Ecoles des cadres infirmiers - 2e étage, 10 bd Maréchal de Lattre de Tassigny, BP 77908, 21077 DIJON	03 80 29 50 76	Mme SERKIZYAN	crd@crabourgogne.org
BRETAGNE	Unité d'Appui et de Coordination (UAC)	ZA Prat Pip Sud, 125 rue Jean Monnet, 29490 GUIIPAVAS	02 98 89 47 70		
	Unité d'Evaluation diagnostique (UED) Côtes d'Armor-Fini	ZA Prat Pip Sud, 125 rue Jean Monnet, 29490 GUIIPAVAS	02 98 89 47 77	Dr PLASSARD	
	Unité d'Evaluation diagnostique (UED) Ile et Vilaine	Espace Autisme, 11 rue André Meynier Immeuble le Ponthus, Bât. A 2e étage, 35000 RENNES	02 99 68 29 63	Dr SEVENO	espace-autisme@ch-guillaumeregnier.fr
	Unité d'Evaluation diagnostique (UED) Morbihan	CPEA de Menomur, 4 avenue Edgar Degas 56000 VANNES	02 98 89 47 70 ou 02 97 63 47 00	Dr LE MAREC	
	Centre de documentation	ZA Prat Pip Sud, 125 rue Jean Monnet, 29490 GUIIPAVAS	02 98 89 47 78	Mme VINCOT-ABIVEN	doc@cra.bzh

CENTRE VAL DE LOIRE		CHRU Bretonneau, 2 bd Tonnellé, 37044 TOURS Cedex 9	02 47 47 86 46	Pr BONNET-BRILHAULT	secretariat.cra@chu-tours.fr
	Centre de documentation	CHRU Bretonneau, 2 bd Tonnellé, 37044 TOURS Cedex 9	02 47 47 75 98	M. BERTHIER	documentation@cra-centre.org
CHAMPAGNE ARDENNE	Mission Diagnostic et Evaluation	Service de Psychothérapie de l'Enfant et de l'Adolescent- Hôpital Robert Debré, Avenue du Général Koenig 51092 REIMS Cedex	03 26 78 39 67	Pr ROLLAND / Pr MOTTE	
	Missions Documentation, Information et Formation études	CREAI Champagne-Ardenne, Cité administrative Tirlet Bât. 3, 51036 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex	03 26 68 35 71	M. MARMONT	
	Centre de documentation	CREAI Champagne-Ardenne, Cité administrative Tirlet Bât. 3, 51036 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex	03 26 68 35 71	Mme MOSCHETTI	cra.ca.infodoc@wanadoo.fr
CORSE	Pôle d'Ajaccio	IME des Salines, 4 avenue Maréchal juin 20090 AJACCIO	04 95 56 58 50		cra.corsica@gmail.com
	Pôle de Bastia	Villa Marie, 3 rue Victor Hugo 20600 BASTIA		M. GUILLOUX	cra.corsica@gmail.com
FRANCHE COMTE		CHRU St-Jacques, Service de psychiatrie infanto-juvénile, 2 place St-Jacques 25030 BESANCON Cedex	03 81 21 82 44	Dr ROPERS	crafc@chu-besancon.fr
	Centre de documentation	CHRU St-Jacques, 2 place St Jacques 25030 BESANCON Cedex	03 81 21 82 58	Mme CHATTOT	
GUADELOUPE		Immeuble NEVADA, n°39-Bât. B, rue Thomas Edison - ZI de Jarry 97122 BAIE-MAHAULT	05 90 25 23 90	M. FARANT / Mme CHRISTOPHE	CRA-G@ch-monteran.fr
	Centre de documentation	Immeuble NEVADA, n°39-Bât. B, rue Thomas Edison - ZI de Jarry 97122 BAIE-MAHAULT	05 90 25 23 90	Mme EUGENE	
GUYANE		Novaparc VII, Bât. M, 10 rue des Galaxies 97300 CAYENNE	05 94 29 84 24	Dr DIOP	cr.autisme@ch-cayenne.fr
	Centre de documentation	Novaparc VII, Bât. M, 10 rue des Galaxies 97300 CAYENNE	05 94 29 84 24	Mme HO FOUI SANG	
HAUTE NORMANDIE		Centre hopsitalier du Rouvray, 4 rue Paul Eluard BP45, 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN	02 32 95 18 64	Dr ROSIER	cra@ch-lerouvray.fr
	Unité des Parcours Individuels (UPI) et des Ressources individuelles		02 32 95 18 64		
	Unité Formation, Information, Réseau (UFIR) et formateurs régionaux		02 76 67 62 04		
	Centre de documentation	Centre hopsitalier du Rouvray, 4 rue Paul Eluard BP45, 76301 SOTTEVILLE-LES-ROUEN	02 32 95 18 79	Mme MOIGNARD	cra.documentation@ch-lerouvray.fr
ILE DE France (CRAIF)		6 Cour St-Eloi 75012 PARIS	01 49 28 54 20	M. BOUQUET	contact@craif.org
	Centre de documentation	6 Cour St-Eloi 75012 PARIS	01 49 28 54 20	Mme CRESPY	

LANGUEDOC ROUSSILLON		SMPEA Peyre Plantade CHU de Montpellier, 291 avenue du doyen Giraud, 34295 MONTPELLIER Cedex 5	04 67 33 99 68	Pr BAGHDADLI	cent-ress-autisme@chu-montpellier.fr
	Centre de documentation	SMPEA Peyre Plantade CHU de Montpellier, 291 avenue du doyen Giraud, 34295 MONTPELLIER Cedex 5	04 67 33 99 94	Mme BOY	documentation-cra@chu-montpellier.fr
LIMOUSIN		Site du CREAIL, 6 rue du Buisson, 87170 Isle	05 55 01 78 67	Mme ETIENNE	contact@cralimousin.com
	Centre de documentation	Site du CREAIL, 6 rue du Buisson, 87170 Isle	05 55 01 78 67	Mme VIAUD	
LORRAINE		Centre Psychothérapeutique de Nancy, BP 11010, 54521 LAXOU Cedex	03 83 92 66 76	Mme PECOUL	ressourcecsautisme@cpn-laxou.com
	Centre de documentation	Centre Psychothérapeutique de Nancy, BP 11010, 54521 LAXOU Cedex	03 83 92 50 23	M. PIERRON / Mme GILLET	bibliotheque@cpn-laxou.com
MARTINIQUE		Centre Hospitalier Maurice Despinoy, Pôle de Pédopsychiatrie, 81 rue du Professeur Raymond Garcin, Route de Didier 97200 Fort de France	05 96 56 07 02	Dr DELLAS	bernard.dellas@ch-colson.fr
	Centre de documentation	81 rue du Professeur Raymond Garcin, Route de Didier 97200 Fort de France	05 96 56 83 76	Mme MULATTIERI	doc.cra972@yahoo.fr
MIDI PYRENEES		CHU La Grave, Place Lange, TSA 60033, 31059 TOULOUSE Cedex 9	05 61 31 08 24	Dr MAFFRE	accueil@cra-mp.info
	Unité Régionale d'évaluation des enfants SUPEA CHU TOULOUSE	Unité régionale TED, Hôpital La Grave, Place Lange TSA 60033 TOULOUSE Cedex 9	05 61 77 79 55		psylg.sectedime@chu-toulouse.fr
	Unité bi-départementale d'évaluation enfants de l'est de la Haute-Garonne et de l'Arriège	Pôle Guidance Infantile, 15 chemin du Tricou 31670 LABEGE	05 61 62 60 35		evalted.poleguidance@arseaa.org
	Equipe associée d'évaluation enfants de l'Aveyron	Centre évaluation autisme et autres TED (CEA), 22 rue du Général Viala 12000 RODEZ	05 65 55 16 35		pedo-psychiatrie-cea@ch-rodez.fr
	Equipe associée d'évaluation enfants du Tarn Unité d'évaluation enfants du Tarn	CAMSP Bon sauveur d'Alby, 1 rue Lavazière 81025 ALBI cedex 9	05 63 48 48 04		cra.proxi.enf@bonsauvevralby.fr
	Equipe bi-partementale d'évaluation enfants du Gers et des Hautes-Pyrénées	CAMSP 65 29 rue Blaise Pascal 65000 TARBES	0562 44 14 92		cra-auch-tarbes@orange.fr
	Equipe bi-partementale d'évaluation enfants du Tarn et Garonne et du Lot	Centre hospitalier Pavillon USACH 100 rue Léon Cladel 82000 MONTAUBAN	05 63 92 82 09		unite.ted.82@ch-montauban.fr
	Unité d'évaluation adolescents/adultes de la Haute-Garonnne - AGAPEI	Unité d'évaluation autisme adultes AGAPEI, 24 bd Riquet BP 51, 31015 TOULOUSE Cedex 6	05 34 41 38 99		uea@agapei.asso.fr
	Unité d'écaluation adolescents/adultes du Tarn - Bon Sau	Fondation Bon Sauveur d'Alby 1 rue Lavazière 81025 ALBI Cedex 9	05 63 48 51 99		cra@bonsauverualby.fr
	Centre de documentation	CHU La Grave, Place Lange, TSA 60033, 31059 TOULOUSE Cedex 9	05 61 31 08 24	Mme DUJARDIN	doc@cra-mp.info

NORD PAS DE CALAIS	Unité d'accompagnement et d'Information (UAI)	Bât. Paul Boulanger, 1 bd du Professeur Jules Leclercq 59000 LILLE	03 20 60 62 59	M. MASSON	autismes.ressources@cra-npdc.fr
	Unité bilans et Evaluation Diagnostique (UED)	Bât. Paul Boulanger, 1 bd du Professeur Jules Leclercq 59000 LILLE	03 20 44 44 86	Dr MEDJKANE	
	Service de Formation Continue		03 20 60 62 53	Mme COFFINIER	
	Centre de documentation	Bât. Paul Boulanger, 1 bd du Professeur Jules Leclercq 59000 LILLE	03 20 60 62 54	Mme DELEROT	
PAYS DE LA LOIRE	Pôle régional	CHU d'Angers, 4 rue Larrey 49933 ANGERS Cedex 9	02 41 35 31 21	M. PICHOT	contact@cra-paysdelaloire.fr
	Centre de documentation Angers	CHU d'Angers, 4 rue Larrey 49933 ANGERS Cedex 9	02 41 35 31 21	Mme TACET	documentation@cra-paysdelaloire.fr
	Antenne de Nantes	Le Pas Vermaud 2 chemin du Vigneau 44800 ST HERBLAIN	02 40 94 94 00		
	Centre de documentation Antenne de Nantes	Le Pas Vermaud 2 chemin du Vigneau 44800 ST HERBLAIN	02 40 94 94 00	Mme TACET	documentation@cra-paysdelaloire.fr
	Antenne de St Nazaire		02 40 94 94 00		
	Antenne de Saumur	Espace Jean Rostand 330 rue Emmanuel Clairefond 49400 SAUMUR	02 41 35 31 21		
	Antenne de Laval	MDA, 16 rue Albert Einstein 53006 LAVAL	02 41 35 31 21		
	Antenne de la Roche-sur-Yon	Centre d'Habitat "Le village", La Brachetière 6 impasse St Joseph 85170 Le Poiré-sur-Vie	02 41 35 31 21		
PICARDIE		4 rue Grenier et Bernard 80000 AMIENS	03 22 66 75 4à	Pr MILLE	cra-picardie@chu-amiens.fr
	Centre de documentation	4 rue Grenier et Bernard 80000 AMIENS	03 22 66 75 45	Mme PAUTRE	
POITOU CHARENTES		Centre Hospitalier Henri Laborit, 370 avenue Jacques Cœur, CS 10587, 86021 POITIERS cedex	05 49 44 57 59	Pr GICQUEL	secretariat-cra@ch-poitiers.fr
	Centre de documentation	Centre Hospitalier Henri Laborit, 370 avenue Jacques Cœur, CS 10587, 86021 POITIERS cedex	05 49 44 57 92	Mme POIRIER	documentation-cra@ch-poitiers.fr
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR		Service du professeur François POINSO, Service de pédopsychiatrie, Hôpital Ste Marguerite, 270 bd Ste Marguerite 13009 MARSEILLE	04 91 74 54 39	Pr POINSO	veronique.franc@ap-hm.fr (adresse secrétariat)
	Antenne du CRA PACA	Fondation Lenval 57 avenue de la Californie 06200 NICE - Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent	04 92 03 04 39	Dr SERRET	cra@lenval.com
	Centre de documentation	Service du professeur François POINSO, Service de pédopsychiatrie, Hôpital Ste Marguerite, 270 bd Ste Marguerite 13009 MARSEILLE	04 91 74 45 46	Mme BIANCHERIE	centredoc.crapaca@ap-hm/fr

REUNION MAYOTTE		CRIA Réunion/Mayotte 14 ruelle Rivière 97436 SAINT-LEU	02 62 22 59 52	Mme ROBILLARD	secrétariat@clairejoie.re
RHONE ALPES	Unité de coordination	Centre hopsitalier le Vinatier Bât. 211, 95 bd Pinel - BP 30039, 69678 BRON Cedex	04 37 91 54 65	Dr SONIE	cra@ch-le-vinatier.fr
	C.E.D.A. Centre d'évaluation et de diagnostic de l'Autisme	Centre hospitalier Le Vinatier, Pôle 104 Bât. 504 B, 95 bd Pinel BP 30039 69678 BRON Cedex	04 37 91 52 56	Dr GOEFFRAY	ceda@ch-le-vinatier.fr
	Donald T.	Centre hospitalier Le Vinatier, Bât. 333, 95 bd Pinel BP 30039 69678 BRON Cedex	04 37 91 52 30	Dr TIFAOUI	
	Consultation d'évaluation diagnostique	Centre hospitalier St Jean de Dieu , 215 route de Vienne 69008 LYON	04 78 76 52 88	Dr RABAIN	
	C.E.S.A. Centre d'évaluation Savoyard de l'Autsime	CHS de la Savoie, BP 1126 Bassens, 73011 CHAMBERY Cedex	04 79 60 52 53	Dr CABROL	cesa@chs-savoie.fr
	EMMAS Equipe mobile adultes en Savoie	CHS de la Savoie, BP 1126 Bassens, 73011 CHAMBERY Cedex	04 79 60 32 45	Dr BOLTON	emass@chs-savoie.fr
	Centre Alpin de Diagnostic Précoce de l'Autisme	C.A.D.I.P.A Centre hospitalier Alpes Isère CS 20100 38521 St Egrève Isère	04 76 56 44 04		cadipa@ch-alpes-isere.fr
	Centre Léo Kanner	CHU de St Etienne Fédération des services Pédiatriques génétique et psychiatrique de l'enfant 42055 ST ETIENNE Cedex 2	04 77 12 79 96	Dr BLANCHON	secretariat.psychopatho.enfants@chu-st-etienne.fr
	C.E.D.A Ains Centre d'évaluation et de diagnostic de l'autisme de l'Ain	Centre Psychothérapique de l'Ain 1' rue de l'école 01000 BOURG EN BRESSE	04 74 52 27 08 ou 30	Sr LOUIS	marie-helene.hegoboru@cpa01.fr
	CEDA - DA Centre d'évaluation et de diagnostic de l'autisme Drôme Ardèche	13-15 rue Alfred de Musset 26000 VALence	04 75 85 68 10	Dr CAZE	i.milord@privas-groupe-sainte-marie.com
	Centre de documentation	Centre hopsitalier le Vinatier Bât. 211, 95 bd Pinel - BP 30039, 69678 BRON Cedex	04 37 91 54 65	M. BELHOUCHAT	

ANNEXE 3

LISTE DES CENTRES DE RÉFÉRENCE DES TROUBLES DU LANGAGE ET DES APPRENTISSAGES (CRTLA)

Région	Code Département	Département	Numéro finess	Raison Sociale	adresse	référent médical	mail
Grand Est	51	Marne	510000029	CHR DE REIMS	45 rue Cognac Jay, 51092 Reims	Dr Christine Raynaud	craynaud@chu-reims.fr
	54	Meurthe-et-Moselle	540023264	CHU DE NANCY	1 rue du Morvan, 54500 Vandoeuvre-les-Nancy	Pr Emmanuel Raffo Dr Catherine Barondiot	e.raffo@chru-nancy.fr c.barondiot@chru-nancy.fr
	67	Bas-Rhin	670780055	HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG	Avenue Molière, 67098 Strasbourg	Dr Anne de Saint-Martin	anne.desaintmartin@chru-strasbourg.fr
Nouvelle-Aquitaine	33	Gironde	330781196	CHU HOPITAUX DE BORDEAUX	Hôpital des Enfants, CHU Raymond Pellegrin, Place Amélie Raba Léon, 33000 Bordeaux	Dr Marie Husson	marie.husson@chu-bordeaux.fr
	87	Haute-Vienne	870000015	CHU DE LIMOGES	Avenue Dominique Larrey, 87042 Limoges	Dr Clothilde Thuillier	clotilde.thuillier@chu-limoges.fr
Auvergne-Rhône-Alpes	38	Isère	380780080	CHU GRENOBLE	Quay Yermoloff, 38700 La Tronche	Dr Marie-Ange Nguyen Morel	manguyenmorel@chu-grenoble.fr
	42	Loire	420784878	CHU SAINT-ETIENNE	Avenue Albert Raimond, 42270 Saint-Priest-en Jarez	Dr Gilles Damon	gilles.damon@chu-st-etienne.fr
	63	Puy-de-Dôme	630780989	CHU DE CLERMONT-FERRAND	CHU Estaing, 1 place Lucie-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand	Dr Françoise Noton-Durand	fnotondurand@chu-clermontferrand.fr
	69	Rhône	690781810	HOSPICES CIVILS DE LYON	Service de Neuropédiatrie Hôpital Femme Mère Enfant (HFME) 59 Boulevard Pinel, 69500 Bron	Dr Christophe Rousselle Dr Olivier Revol	christophe.rousselle@chu-lyon.fr olivier.revol@chu-lyon.fr
Bourgogne-Franche-Comté	21	Côte-d'Or	210780581	CHU DIJON	1 boulevard Jeannne d'Arc, 21000 Dijon	Dr Véronique Darmency	veronique.darmency@chu-dijon.fr
	25	Doubs	250000015	CHU BESANCON	3 Boulevard Fleming, 25030 Besançon	Dr Daniel Amsallem	damsallem@chu-besancon.fr
Bretagne	29	Finistère	290000017	CHRU DE BREST	Hôpital Morvan, 2 avenue Foch, 29609 Brest	Dr Sylvia Peudenier	sylviane.peudenier@chu-brest.fr
	35	Ille-et-Vilaine	350005179	CHU DE RENNES	rue Henri Le Guilloux, 35033 Rennes	Dr Anne Michel	anne.michel@chu-rennes.fr
Centre-Val de Loire	37	Indre-et-Loire	370000481	CHRU DE TOURS	Hôpital Gatien de Clocheville, 49 boulevard Béranger, 37044 Tours	Dr Pierre Castelnau	castelnau@univ-tours.fr
	45	Loiret	450000088	CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS	Avenue de l'hôpital, 45067 Orléans	Dr Diana Naydenova	diana.naydenova@chr-orleans.fr
Corse							
Ile-de-France	75	Paris	750712184	**AP-HP :**			
				CHU ROBERT DEBRE	48 Boulevard Serurier, 75019 Paris	Dr Jihane BENDAIRA	jihane.bendaira@aphp.fr
				CHU NECKER - ENFANTS MALADES	149 rue de Sèvres, 75015 Paris	Pr Bernard Golse	bernard.golse@nck.aphp.fr
				CHU PITIE SALPETRIERE	47 boulevard de l'hôpital, 75013 Paris	Dr David Cohen	david.cohen@aphp.fr
				CHU RAYMOND POINCARE	104 Boulevard Raymond Poincaré, 92380 Garches	Dr Emilie Schlumberger	emilie.schlumberger@aphp.fr
				CHU AVICENNE	125, rue de Stalingrad - 93009 BOBIGNY	Dr Thierry Baubet	thierry.baubet@aphp.fr
				CHU KREMLIN BICETRE	78 rue du Général Leclerc, 94270 Le Kremlin Bicêtre	Dr Florence Delteil	florence.delteil@aphp.fr
Occitanie	31	Haute-Garonne	310781406	HOTEL DIEU ST-JACQUES CHU DE TOULOUSE	330 avenue de Grande Bretagne, 31059 Toulouse	Dr Caroline Karsenty	karsenty.c@chu-toulouse.fr
	34	Hérault	340780477	CHU MONTPELLIER	80 avenue Augustin Fliche, 34295 Montpellier	Pr François Rivier Dr Julieu Leydet	f-rivier@chu-montpellier.fr j-leydet@chu-montpellier.fr
	65	Hautes-Pyrénées	650783160	CH DE BIGORRE	Boulevard Lattre de Tassigny, 65013 Tarbes	Dr Jean-Claude Netter	jnetter@ch-tarbes-vic.fr
				Total région			
Hauts de France	59	Nord	590780193	CHR LILLE	Centre Régional de Diagnostic des Troubles d'Apprentissage 1 boulevard Jules Leclercq, 59037 Lille	Dr Marie-Pierre Lemaitre	marie-pierre.lemaitre@chru-lille.fr
	80	Somme	800000044	CHU AMIENS	Place Victor Pauchet, 80054 Amiens	Pr Patrick Berquin	berquin.patrick@chu-amiens.fr
				Total région			

Normandie	14	Calvados	140000100	CHU COTE DE NACRE - CAEN	CHRU Clemenceau, CS 30001, 14033 Caen	Pr Jacques Brouard Dr Marie-José Péniello-Valette	brouard-j@chu-caen.fr penniellovalette-mj@chu-caen.fr
	76	Seine-Maritime	760780239	CHU ROUEN	1 rue de Germont, 76031 Rouen	Dr Aude Charollais	aude.charollais@chu-rouen.fr
	76	Seine-Maritime	760780726	CH LE HAVRE	Hôpital Jacques Monod - CH Le Havre 29 rue Pierre Mendes-France, 76290 Montivilliers	Dr Jacques Boulloche	jacques.boulloche@ch-havre.fr
	Total région						
Pays de la Loire	44	Loire-Atlantique	440000289	CHU DE NANTES	7 quai Moncousu, 44093 Nantes	Dr Christèle Gras-Le Guen	christele.leguen@chu-nantes.fr
	Total région						
	6	Alpes-Maritimes	60780947	Hôpitaux pédiatriques de Nice CHU Lenval	57 avenue de Californie, 06200 Nice	Dr Catherine Fossoud	fossoud.c@pediatrie-chulenval-nice.fr
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13	Bouches-du-Rhône	130786049	APHM	264 rue Saint-Pierre, 13200 Marseille	Pr Brigittte Chabrol	brigitte.chabrol@ap-hm.fr
	Total région						
France métropolitaine							
Guadeloupe							
Guyane							
Martinique							
La Réunion	974	La Réunion		CHU de la Réunion ***(en cours de constitution)***	Site Félix Guyon, Allée des Topazes, 97400, La Réunion		
Mayotte							
France entière							
Il est à noter également le CRTLA du **Centre hospitalier spécialisé de Sainte-Anne à Paris** qui ne bénéficie pas de la MIG CRTLA.					1 rue Cabanis, 75674 PARIS, Cedex 14		

SANTÉ

Santé publique

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

MINISTÈRE DE LA COHÉSION DES TERRITOIRES

SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DES PERSONNES HANDICAPÉES

MINISTÈRE DU TRAVAIL

Direction générale de la santé

Sous-direction veille et sécurité sanitaire

Bureau de la préparation aux crises

Direction générale de la cohésion sociale

Service des politiques d'appui

Instruction interministérielle n° DGS/VSS2/DGOS/DGCS/DGT/DGSCGC/2017/136 du 24 mai 2017 relative au Plan national canicule 2017

NOR : *SSAP1715249J*

Date d'application : immédiate.

Examinée par le COMEX JSCS du 4 mai 2017.

Validée par le CNP le 24 mai 2017. – Visa CNP 2017-73.

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

Résumé : la présente instruction introduit le Plan national canicule 2017 (PNC 2017). Elle précise les objectifs, les différents niveaux du PNC 2017 et les mesures de gestion qui s'y rapportent ainsi que le rôle des différents partenaires. Elle reconduit à l'identique le fond du dispositif de 2016.

Le PNC 2017 est accessible sur le site Internet du ministère chargé de la santé, à l'adresse : http ://www.sante.gouv.fr (accès par dossiers « canicule et chaleurs extrêmes ») et sur le portail Internet des ARS à l'adresse : http ://www.ars.sante.fr.

Mots clés : canicule – Plan national canicule – dispositif ORSEC – niveaux de vigilance météorologique – niveau 1 : veille saisonnière – niveau 2 : avertissement chaleur – niveau 3 : alerte canicule – niveau 4 : mobilisation maximale – grand public – populations à risque – dispositif ORSAN – supports de communication – numéro vert « canicule info-service ».

Références :

Code de l'action sociale et des familles : articles L. 116-3, L. 121-6-1, R. 121-2 à R. 121-12, D. 312-160 et D. 312-161 ;

Code général des collectivités territoriales : articles L. 2212-2 et L. 2215-1 ;

Code de la santé publique : articles R. 3131-4 à R. 3131-9 et D. 6124-201 ;

Code de la sécurité sociale : article L. 161-36-2-1 ;

Code du travail : articles L. 4121-1 et suivants, R. 4121-1 et suivants, R. 4532-14 et R. 4534-142-1 et suivants ;

Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ;

Loi nº 2014-366 du 24 mars 2014 (articles L. 345-2 à L. 345-10 du CASF) ;

Décret nº 2015-1446 du 6 novembre 2015 relatif aux services intégrés d'accueil et d'orientation ;

Décret nº 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires ;

Circulaire n° DHOS/CGR/2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis ;

Circulaire n° DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;

Circulaire n° DGS/DUS/2009/217 du 16 juillet 2009 rappelant les actions à mettre en œuvre au niveau local pour la prise en charge des personnes à haut risque vital et des personnes hospitalisées à domicile en cas d'événements climatiques extrêmes ;

Circulaire interministérielle n° IOC/E/11/23223/C du 28 septembre 2011 relative à la procédure de vigilance et d'alerte météorologiques ;

Circulaire DGT nº 9 du 4 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du plan national « canicule » ;

Instruction nº DGS/CORRUSS/2012/432 du 21 décembre 2012 relative au signalement par les ARS d'événements sanitaires au niveau national dans le cadre du déploiement du système d'information sanitaire des alertes et crises dénommé SISAC ;

Instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 relative à la préparation du système de santé à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;

Note DHOS du 2 novembre 2004 aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation relative à la mise en place des serveurs régionaux de veille et d'alerte ;

Courrier du directeur général de l'action sociale aux préfets du 14 juin 2007 sur la mise en place des plans bleus dans les établissements pour personnes handicapées ;

Courrier du 29 mai 2008 et message du 26 juin 2008 du directeur général de l'action sociale sur la mise en place d'un dossier de liaison d'urgence dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Instruction abrogée : instruction interministérielle nº DGS/DUS/DGOS/DGCS/DGSCGC/DGT/2015/166 du 12 mai 2016 relative au Plan national canicule 2016.

Annexe : Plan National Canicule 2017 (PNC 2017).

Le directeur général de la santé, la directrice générale de l'offre de soins, le directeur général de la cohésion sociale, le directeur général de la sécurité civile et de la gestion des crises, le directeur général du travail, le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales à Mesdames et Messieurs les préfets de zone de défense et de sécurité ; Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (Métropole) ; Monsieur le préfet de police de Paris ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations.

Le Plan National Canicule (PNC) a pour objectifs d'anticiper l'arrivée d'une canicule, de définir les actions à mettre en œuvre aux niveaux local et national pour prévenir et limiter les effets sanitaires de celle-ci et d'adapter au mieux les mesures de prévention et de gestion au niveau territorial en portant une attention particulière aux populations spécifiques. L'adéquation entre les niveaux de vigilance météorologique et les niveaux du plan est renforcée dans une logique opérationnelle.

Aussi, vous trouverez ci-joint le PNC 2017accompagné de fiches en annexe.

En complément de ces fiches, les recommandations sanitaires « canicule » émises par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2014 sont également disponibles et utilisables par l'ensemble des acteurs concernés en tant que de besoin.

Elles ont une double vocation : informer et faciliter l'identification des actions de préparation en amont de la saison estivale, les mesures de gestion et la prise en charge thérapeutique, préparer les acteurs concernés par le PNC et la population pour limiter l'impact sanitaire des épisodes caniculaires. Il s'agit notamment d'alerter l'ensemble de la population et de déclencher un mouvement de solidarité adapté face à une menace collective.

Ces recommandations sont rédigées sous la forme de fiches « actions » et fiche « techniques » directement consultables sur le site Internet du HCSP, utilisables et adaptables à destination du grand public mais également des travailleurs, des sportifs et leur entourage, des personnes fragiles (enfants, personnes âgées, personnes souffrant de maladies chroniques, etc.). Elles sont destinées également aux professionnels qui interagissent avec les populations (médecins, pharmaciens, personnel d'encadrement d'établissements pour personnes âgées, directeurs et personnels d'établissement d'accueil de jeunes enfants, etc.).

Le PNC mentionne les quatre points suivants :

1. – Quatre niveaux, coordonnés avec les niveaux de vigilance météorologique :

– le « niveau 1 (carte de vigilance verte) – veille saisonnière » est activé chaque année du 1er juin au 31 août ;
– le « niveau 2 (carte de vigilance jaune) – avertissement chaleur » répond au passage en jaune de la carte de vigilance météorologique. Si la situation le justifie, il permet la mise en œuvre de mesures graduées et la préparation à une montée en charge des mesures de gestion par les Agences régionales de santé (ARS) ;
– le « niveau 3 (carte de vigilance orange) – alerte canicule » répond au passage en orange sur la carte de vigilance météorologique. Il est déclenché par les préfets de département ;
– le « niveau 4 (carte de vigilance rouge) – mobilisation maximale » répond au passage en rouge sur la carte de vigilance météorologique. Il est déclenché au niveau national par le Premier ministre sur avis du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'intérieur, en cas de canicule intense et étendue sur une large partie du territoire associée à des phénomènes dépassant le champ sanitaire.

2. – Le rôle et les actions du préfet de département : le préfet élabore le Plan de Gestion de Canicule Départemental (PGCD) et active, en tant que de besoin, les mesures adaptées aux niveaux « alerte canicule » et « mobilisation maximale », notamment dans le cadre du dispositif départemental d'Organisation de la Réponse de SEcurité Civile (ORSEC). Le préfet de département s'appuie sur l'expertise locale de Météo-France pour préciser l'ampleur locale du phénomène, alerte les différents acteurs concernés et analyse la situation en prenant en compte les impacts sanitaires en s'appuyant sur les Agences régionales de santé (ARS), les Cellules Interrégionales d'épidémiologie (Cire) ainsi que sur les informations fournies par les services de l'État (Directions Départementales de la Cohésion Sociale (DDCS), Directions Départementales de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), Services Interministériels de Défense et de Protection Civile (SIDPC), Directions Régionales des entreprises, de la Concurrence et de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (DIRECCTE).

3. – Le rôle et les actions des ARS : au regard de leurs attributions propres en matière de prévention, de soins et de prise en charge médico-sociale, les ARS apportent leur appui aux préfets dans la préparation et la mise en œuvre du dispositif « canicule ». Pendant la période estivale, elles s'assurent d'une part, de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans les départements et d'autre part, d'une programmation anticipée et coordonnée au niveau régional et au sein de chaque territoire de santé, des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières. Ces actions s'inscrivent dans le cadre du dispositif ORSANCLIM, institué par l'instruction n° DGS/DUS/SGMAS/2014/153 du 15 mai 2014 visée en référence, qui pourra alimenter le volet « organisation des soins » du PGCD.

4. – Le rôle et les actions des autres acteurs du dispositif « canicule » (les maires, les Conseils départementaux, les associations, etc.) en phase de préparation et de gestion sont définis dans les PGCD et leur mise en œuvre est coordonnée par le préfet.

Pour 2017, il est rappelé que les ARS ont toute faculté pour mobiliser leurs trésoreries d'enveloppe en vue d'accompagner budgétairement, de manière non reconductible, les établissements sanitaire et médico-sociaux devant faire face à un épisode caniculaire.

La présente instruction encadre une enquête, menée par la Direction Générale de la Santé (DGS) en lien avec la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), à l'attention des ARS et relative aux prévisions de fermeture de lits dans les établissements de santé. La remontée des données est demandée, *via* le Système d'information sanitaire des alertes et crises (SISAC) pour le 31 mai 2017.

Suite à la saison estivale, un questionnaire de retour d'expérience est adressé par la DGS aux ARS afin d'évaluer l'efficacité du dispositif de gestion d'une canicule mis en place dans sa région et, le cas échéant, d'identifier des propositions d'amélioration.

La version 2017 du PNC que vous trouverez ci-jointe est disponible sur le site Internet du ministère chargé de la santé à l'adresse : http ://www.sante.gouv.fr (accès par dossiers « canicule et chaleurs extrêmes ») et sur le portail Internet des ARS à l'adresse : http ://www.ars.sante.fr.

Vous voudrez bien nous transmettre toute difficulté rencontrée dans l'application de la présente instruction.

Le directeur général de la santé,
B. Vallet

La cheffe de service,
adjointe au directeur général de l'offre de soins
chargée des fonctions de directrice générale
de l'offre de soins par intérim,
K. Julienne

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

Le directeur général de la sécurité civile
et de la gestion des crises,
J. Witkowski

Le directeur général du travail,
Y. Struillou

Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

ANNEXE

PLAN NATIONAL CANICULE 2017

PLAN NATIONAL CANICULE 2017

SOMMAIRE

I. LE PLAN NATIONAL CANICULE : UNE GESTION EN EVOLUTION -1-

1. Historique des épisodes de canicule depuis 2003 -1-

2. Les objectifs du Plan National Canicule 2017 -1-

II. LES AXES STRATEGIQUES DU PLAN -1-

1. Axe 1 : Prévenir les effets d'une canicule -2-

2. Axe 2 : Protéger les populations par la mise en place de mesures de gestion adaptées aux niveaux de vigilance météorologique -3-

- **Niveau 1 - veille saisonnière (carte de vigilance verte)** -4-
- **Niveau 2 - avertissement chaleur (carte de vigilance jaune)** -4-
- **Niveau 3 - alerte canicule (carte de vigilance orange)** -5-
- **Niveau 4 - mobilisation maximale (carte de vigilance rouge)** -5-

3. Axe 3 : Informer et communiquer -6-

4. Axe 4 : Capitaliser les expériences -6-

ANNEXE : FICHES MESURES

PREAMBULE

Le Plan National Canicule (PNC) est issu des travaux élaborés conjointement par les représentants des directions d'administration centrale (Direction Générale de la Santé (DGS), Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), Direction Générale du Travail (DGT), Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC), Délégation à l'Information et à la COMmunication (DICOM), d'Agences Régionales de Santé (ARS Centre, ARS Rhône-Alpes) et d'autres organismes tels que l'Agence nationale de Santé Publique (ANSP) et Météo-France.

Ce plan a été présenté pour avis le 20 avril 2017 au Comité de Suivi et d'Evaluation du Plan national canicule et du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid (CSEP).

Il a ensuite été présenté pour validation au Conseil National de Pilotage (CNP) des ARS le 24 mai 2017 et à l'instance collégiale de pilotage de la cohésion sociale (COMEX) le 4 mai 2017.

LISTE DES SIGLES

ANACT :	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ADF :	Assemblée des Départements de France
AMF :	Association des Maires de France
AnSES :	Agence nationale de SEcurité Sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
ANSP	Agence Nationale de Santé Publique[1]
ARS :	Agence Régionale de Santé
ASN :	Autorité de Sûreté Nucléaire
BQA :	Bulletin Quotidien des Alertes
CARSAT :	Caisse d'Assurance Retraite et de la SAnté au Travail
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CDC :	Comité Départemental Canicule
CIC :	Cellule Interministérielle de Crise
CIRE :	Cellule d'Intervention en Région
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CMVOA	Cellule ministérielle de veille opérationnelle et d'alerte du ministère de l'environnement, de l'énergie et de la mer
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNOP :	Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens
COD :	Centre Opérationnel Départemental
CODAMUPS :	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
COGIC :	Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises
CORRUSS :	Centre Opérationnel de Régulation et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales
COZ :	Centre Opérationnel de Zone
CRAPS :	Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire
CSEP :	Comité de Suivi et d'Evaluation du Plan national canicule et du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid
DDCSPP :	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DGCS :	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS :	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS :	Direction Générale de la Santé
DGSCGC :	Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises

[1] ANSP : fusion de l'EPRUS, l'INPES et l'InVS dont les sites internet coexistent (www.eprus.fr, www.inpes.sante.fr, http://www.santepubliquefrance.fr)

DICOM :	Délégation à l'Information et à la COMmunication
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DLU :	Dossier de Liaison d'Urgence
DUER :	Document Unique d'Evaluation des Risques
DUS :	Département des Urgences Sanitaires
EHPA :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FEHAP :	Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée
FHF :	Fédération Hospitalière de France
FHP :	Fédération de l'Hospitalisation Privée
HCSP :	Haut Conseil de la Santé Publique
IBM :	Indicateur BioMétéorologique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
Inserm :	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INRS :	Institut National de Recherche et de Sécurité
IRSN :	Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire
MIGA :	Mise en Garde et Actions
OPPBTP :	Organisme Professionnel de la Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics
ORSAN ;	Organisation de la réponse du système sanitaire
ORSEC :	Organisation de la Réponse de SEcurité Civile
OSCOUR® :	Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
PAU :	Plan d'Alerte et d'Urgence
PGCD :	Plan de Gestion d'une Canicule Départemental
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNC :	Plan National Canicule
RATP :	Régie Autonome des Transports Parisiens
SAAD :	Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
SACS :	Système d'Alerte Canicule et Santé
SAMU :	Service d'Aide Médicale Urgente
SFGG :	Société Française de Gériatrie et de Gérontologie
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
SIAO :	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISAC :	Système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises
SMUR :	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD :	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSP :	SAMU Social de Paris
SurSaUD® :	Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès

UFJT :	Union des Foyers des Jeunes Travailleurs
UNCCAS :	Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale
USH :	Union Sociale pour l'Habitat
UNIOPSS :	Union Nationale Interfédérale des œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux

I. LE PLAN NATIONAL CANICULE : UNE GESTION EN EVOLUTION

1. *Historique des épisodes de canicule depuis 2003*

La canicule exceptionnelle de l'été 2003 a entraîné en France une surmortalité estimée à près de 15 000 décès. La France n'avait jamais été confrontée à de telles conséquences sanitaires engendrées par une canicule. Cet événement a révélé la nécessité d'adapter le dispositif national de prévention et de soins à la survenue de ce type de phénomène climatique en élaborant en 2004 un Plan National Canicule (PNC) qui a ensuite été actualisé chaque année et révisé en 2013, pour permettre notamment une meilleure adéquation entre les niveaux de vigilance météorologique et les niveaux du plan.

En juillet 2006, la France a connu un autre épisode de canicule important, bien que de moindre intensité qu'en 2003. Une étude menée conjointement par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a montré que l'excès de mortalité attribuable à l'épisode caniculaire de 2006 était trois fois moins important que ce que prévoyait le modèle température-mortalité, fondé sur des données antérieures à 2003.

Au cours de l'été 2015, la France métropolitaine a connu plusieurs épisodes de canicule dont un très intense du 29 juin au 7 juillet, le plus précoce depuis la mise en place du PNC, avec des conséquences sanitaires importantes et un excès de mortalité de 3300 personnes. Le retour d'expérience établi suite à la saison estivale a permis de montrer la forte mobilisation et la collaboration fluide entre les acteurs mettant en œuvre le plan canicule mais il a aussi mis en exergue la nécessité de renforcer la mise en œuvre du PNC pour réduire l'impact de la canicule.

La saison météorologique estivale 2016 a été particulièrement active avec la survenue de cinq vagues de chaleur de juillet à mi-septembre 2016 (niveaux jaune et orange). Les températures particulièrement élevées du mois de septembre (+ 3 °C en moyenne sur la France) ont conduit au maintien de dispositif de vigilance canicule jusqu'au 15 septembre. En outre, les indicateurs de morbidité montrent qu'il existe un impact sur les recours aux soins observés avec l'augmentation des températures, et ce dans toutes les classes d'âges. Les adultes de 15-74 ans ont également été affectés par ces deux épisodes de canicule et il apparait pertinent d'adapter les messages de prévention en fonction de l'âge.

En termes de mortalité, 700 décès en excès ont été observés sur l'épisode de juillet 2016. Cependant, les épisodes de canicule tardifs avec des records de températures battus fin août 2016 ne sont pas accompagnés d'impact sanitaire particulier. Un impact sanitaire a été observé dans des régions avec au moins un département en vigilance jaune qui montre l'utilité dès la vigilance jaune d'une meilleure information et l'application des mesures de prévention, en particulier pour les personnes les plus vulnérables.

2. *Les objectifs du Plan National Canicule 2017*

Le PNC 2017 a pour objectif d'anticiper l'arrivée d'une canicule, de définir les actions à mettre en œuvre aux niveaux local et national pour prévenir et limiter les effets sanitaires de celles-ci et d'adapter au mieux les mesures de prévention et de gestion au niveau territorial en portant une attention particulière aux populations spécifiques identifiées.

II. LES AXES STRATEGIQUES DU PLAN

Le plan est organisé autour de quatre grands axes déclinés en mesures sous forme de fiches (annexe) :

- Axe 1 : Prévenir les effets d'une canicule
- Axe 2 : Protéger les populations par la mise en place de mesures de gestion adaptées aux niveaux de vigilance météorologique
- Axe 3 : Informer et communiquer
- Axe 4 : Capitaliser les expériences

1. ***Axe 1 : Prévenir les effets d'une canicule***

Le dispositif de prévention consiste à prévenir et anticiper les effets d'une éventuelle canicule de manière adaptée aux différentes catégories de populations identifiées et notamment pour certaines personnes à risque :

- pour les populations isolées et vulnérables, il convient de s'assurer de la mise en place d'actions d'identification de ces personnes, de coordination et de mobilisation des services et associations qui interagissent avec ces populations pour une meilleure solidarité sur le territoire ;
- pour les personnes en situation de précarité et sans domicile, il convient notamment de s'assurer de la disponibilité de places d'hébergement et d'accueil de jour, de la mobilisation d'équipes mobiles ou de tout autre dispositif de veille sociale jugé utile ;
- pour les jeunes enfants, il convient de rappeler aux gestionnaires de structures pour enfants les recommandations d'actions nécessaires pour assurer le rafraîchissement des enfants et nourrissons ;
- pour les travailleurs, il convient de s'assurer de la mise en œuvre de mesures permettant de limiter les effets des épisodes caniculaires sur les conditions d'exécution des tâches ;
- pour les personnes à risque en établissements, les établissements médico-sociaux doivent s'assurer de la mise en place de plans bleus, de pièces rafraîchies et de mise à disposition de Dossiers de Liaisons d'Urgence (DLU). Les établissements de santé doivent, quant à eux, s'assurer de l'organisation et de la permanence des soins ;
- pour le grand public, il s'agit de rappeler les conséquences sanitaires d'une canicule pour sensibiliser et protéger la population *via* des actions de communication.

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 2 : personnes isolées, Fiche 3 : personnes en situation de précarité et sans domicile, Fiche 4 : jeunes enfants, Fiche 5 : travailleurs, Fiche 6 : établissements de santé et médico-sociaux

Les recommandations sanitaires « canicule » émises par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) en 2014 ont une double vocation, la prise en charge thérapeutique et la mise en place d'actions préventives afin de préparer la population et limiter l'impact sanitaire des épisodes caniculaires. Il s'agit notamment d'alerter l'ensemble de la population et de déclencher un mouvement de solidarité adapté face à une menace collective.

Ces recommandations sont rédigées sous la forme de fiches directement utilisables et adaptables. Ces fiches ciblent le grand public mais également les travailleurs, les sportifs et leur entourage, les personnes fragiles (enfants, personnes âgées, personnes souffrant de maladies chroniques, *etc.*) ainsi que les professionnels (médecins, pharmaciens, personnel d'encadrement d'établissements pour personnes âgées, directeurs et personnels d'établissement d'accueil de jeunes enfants, *etc.*). Elles sont directement consultables sur le site Internet du HCSP et utilisables en tant que de besoin par l'ensemble des acteurs concernés.

2. ***Axe 2 : Protéger les populations par la mise en place de mesures de gestion adaptées aux niveaux de vigilance météorologique***

- Les indicateurs

La vigilance météorologique est matérialisée par une carte de la France métropolitaine actualisée au moins deux fois par jour (à 6 heures et 16 heures). Cette vigilance est déclinée par département. Les quatre niveaux de couleur traduisent l'intensité du risque de canicule auquel la population sera exposée pour les prochaines 24 heures : vert, jaune, orange et rouge. La définition des différents niveaux du PNC se réfère à ces quatre couleurs de la vigilance météorologique.

La procédure de vigilance intègre également l'expertise du Système d'Alerte Canicule et Santé (SACS). Ce système a été élaboré à partir d'une analyse fréquentielle de trente années de données quotidiennes de mortalité et de différents indicateurs météorologiques. Cette analyse a permis d'identifier les Indicateurs Bio Météorologiques (IBM), qui sont les moyennes sur trois jours consécutifs *(*l'IBM du jour J est la moyenne de J, J+1, et J+2) des températures minimales (IBM min) et maximales (IBM max) comme étant les plus pertinents pour identifier les épisodes de canicule en France métropolitaine. Des seuils d'alerte départementaux ont été définis pour ces deux indicateurs et sont réévalués régulièrement. Une probabilité élevée d'atteinte ou de dépassement simultané des seuils par les IBM min et max pour un département donné constitue le critère de base de prévision d'une canicule. Cette information est complétée par l'analyse d'indicateurs plus qualitatifs (intensité et durée de la vague de chaleur, humidité de l'air) et de l'expertise de Météo-France.

- Les acteurs

L'ANSP, dans le cadre du réseau de surveillance et d'alerte et en cas de passage en vigilance orange ou rouge canicule par Météo-France, suit aux niveaux local et national des indicateurs sanitaires de recours aux soins et de mortalité. L'analyse de ces indicateurs sanitaires contribue au dimensionnement des mesures de prévention et à la levée de l'alerte ainsi qu'aux premières estimations de l'impact sanitaire d'un épisode de canicule.

Les Agences Régionales de Santé (ARS), quant à elles, transmettent au Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS) de la Direction Générale de la Santé (DGS) de façon hebdomadaire les informations relatives à l'état de l'offre de soins dans les établissements de santé et la mise en évidence éventuelle de phénomènes de tension.

Dès le passage en niveau 3 – alerte canicule, déclenché par le préfet, les ARS doivent renseigner quotidiennement l'enquête « canicule » *via* le Système d'Information Sanitaire des Alertes et Crises (SISAC).

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 7 : principes généraux de vigilance et d'alerte canicule, Fiche 10 : niveau 3 - alerte canicule ; Fiche 12 : déclinaison départementale du PNC

- Le PNC

Le PNC est mis en place à compter du 1er juin et ce, jusqu'au 31 août de la même année. Pour toute situation météorologique qui le justifie, le PNC est activé en dehors de ces périodes.

Les différents niveaux du PNC s'articulent avec les quatre couleurs de vigilance météorologique. Les mesures de gestion associées figurent dans les fiches mesures en annexe. Ces dernières ne sont pas exhaustives et sont à adapter aux contextes locaux. Les acteurs pourront s'appuyer sur les recommandations de 2014 du HCSP.

Le PNC est décliné dans les départements sous la forme d'un Plan de Gestion d'une Canicule Départemental (PGCD) articulé avec le dispositif départemental d'Organisation de la Réponse de SEcurité Civile (ORSEC).

Le PGCD prend en compte les mesures définies dans le dispositif ORSAN, outil définissant les adaptations à prévoir sur l'organisation de l'offre de soins en situation sanitaire exceptionnelle. En particulier, le volet ORSAN – CLIM a vocation à organiser la prise en charge médicale de nombreux patients suite à un phénomène climatique comme la canicule.

Aux niveaux national et local, les fonctionnalités des interfaces d'alerte, ainsi que les dispositifs d'identification des personnes vulnérables et le caractère opérationnel des mesures prévues sont vérifiées avant le 1er juin.

- **Niveau 1 - veille saisonnière (carte de vigilance verte)**

Ce niveau 1 correspond à l'activation d'une veille saisonnière. Il comporte notamment la mise en œuvre d'un dispositif d'information préventive.

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 8 : niveau 1 - veille saisonnière, Fiche 12 : déclinaison départementale du PNC

- **Niveau 2 - avertissement chaleur (carte de vigilance jaune)**

Le niveau 2 – avertissement chaleur correspond à un épisode de fortes chaleurs qui nécessite une attention, voire des mesures particulières, en fonction des situations possibles suivantes :

un pic de chaleur intense apparait et est au-dessus des seuils d'alerte mais limité à un ou deux jours ;

1. les IBM prévus sont proches des seuils, mais sans que les prévisions météorologiques ne montrent d'intensification de la chaleur pour les jours suivants ;
2. les IBM prévus sont proches des seuils, avec des prévisions météorologiques annonçant une probable intensification de la chaleur. Cette vigilance jaune est alors considérée comme l'amorce de l'arrivée d'une canicule. Ce niveau implique une attention particulière et permet la mise en œuvre de mesures graduées, notamment la préparation à une montée en charge des mesures de gestion par les ARS, principalement en matière d'information et de communication en particulier en veille de weekend ou de jour férié.

Dès le niveau jaune, une information succincte « fortes chaleurs » figure dans l'encadré « commentaire » à droite de la carte de vigilance météorologique et le phénomène est signalé à l'échelle départementale sur le site Internet au travers d'une info-bulle ou dans la version tableau de la carte. Les Directions interrégionales de Météo-France transmettent alors à l'ARS de zone et au Centre Opérationnel de Zone (COZ) un bulletin spécial pour le paramètre canicule. Ce bulletin précisera la situation météorologique à l'origine des fortes chaleurs et son évolution prévue. Les ARS de zone relaieront ce bulletin aux ARS concernées.

Le préfet ne déclenche pas le niveau 2 - avertissement chaleur.

Les ARS prennent les mesures de gestion adaptées, en coordination avec les préfectures de départements concernées. Ces mesures sont graduées en fonction des spécificités de chacune des situations décrites précédemment. Les principales mesures applicables sont :

- Le renforcement des mesures de communication (cf. fiche 1*)* ;
- Le renforcement des mesures déclinées au niveau 1 - veille saisonnière (cf. fiches 2*,* 3, 4, 5, 6) ;
- L'organisation de la montée en charge du dispositif opérationnel, notamment en vue d'un passage en niveau 3 - alerte canicule ;
- Pour la troisième situation (amorce de l'arrivée d'une canicule), les acteurs locaux sont expressément informés par la préfecture des risques d'intensification de la chaleur. Ils sont invités à prévoir une montée en charge de leur dispositif en vue du déclenchement du niveau 3 - alerte canicule.

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 7 : principes généraux de vigilance et d'alerte canicule, Fiche 9 : niveau 2 - avertissement chaleur, Fiche 12 : déclinaison départementale du PNC

- **Niveau 3 - alerte canicule**

Le passage en niveau 3 peut se faire suite au passage en vigilance orange sur la carte de Météo-France. Il conduit à la mobilisation des acteurs concernés et à la mise en œuvre de mesures de gestion adaptées à la prise en charge notamment des personnes à risque.

Quand un département est en vigilance orange sur la carte de Météo-France avec un pictogramme canicule (thermomètre), la décision de déclencher le niveau 3 - alerte canicule et d'activer les mesures du PGCD est de l'initiative du préfet de département avec l'appui de l'ARS.

Le préfet s'appuie en fonction des besoins locaux sur le dispositif ORSEC. Une remontée d'informations est mise en place concernant les différentes mesures mises en œuvre par les préfectures et les collectivités territoriales, notamment par l'intermédiaire du portail ORSEC.

Durant cette phase d'alerte canicule, un suivi quotidien des indicateurs est réalisé par la DGS *via* SISAC. Un suivi des indicateurs sanitaires est réalisé par l'ANSP.

En cas d'épisodes caniculaires, il pourrait être envisagé d'avoir recours à la mobilisation de la réserve sanitaire par exemple pour renforcer les structures de soins ou médico-sociales déjà surchargées, selon les modalités prévues dans le cadre d'emploi de la réserve sanitaire.

Exceptionnellement, selon l'ampleur territoriale et/ou la durée du phénomène, le Premier ministre pourrait être amené à activer la Cellule Interministérielle de Crise (CIC).

Si la carte de vigilance redevient jaune voire verte mais qu'un impact sanitaire persiste, le préfet pourra, en lien avec l'ARS, décider d'un maintien des mesures adaptées du PGCD.

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 7 : principes généraux de vigilance et d'alerte canicule, Fiche 10 : niveau 3 - alerte canicule, Fiche 12 : déclinaison départementale du PNC

- **Niveau 4 - mobilisation maximale (carte de vigilance rouge)**

Le niveau 4 correspond à une canicule avérée exceptionnelle, très intense et durable, avec apparition d'effets collatéraux dans différents secteurs (sécheresse, approvisionnement en

eau potable, saturation des hôpitaux ou des opérateurs funéraires, panne d'électricité, feux de forêts, nécessité d'aménagement du temps de travail ou d'arrêt de certaines activités…). Cette situation nécessite la mise en œuvre de mesures exceptionnelles.

La crise devient intersectorielle, elle nécessite une mobilisation maximale et une coordination de la réponse de l'Etat. Pour ce faire, le Premier ministre peut « confier la conduite opérationnelle de la crise à un ministre qu'il désigne en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action».[2] La désignation de ce ministre « entraîne l'activation de la CIC qui regroupe l'ensemble des ministères concernés (…)».

Lors de la redescente des températures, le niveau de mobilisation maximale pourra être maintenu pour des raisons autres que météorologiques alors que la carte de vigilance sera d'une couleur autre que le rouge.

Fiches mesures à consulter : Fiche 1 : communication, Fiche 11 : niveau 4 - mobilisation maximale, Fiche 12 : déclinaison départementale du PNC

3. ***Axe 3 : Informer et communiquer***

Des actions de communication spécifiques sont mises en place du 1er juin au 31 août.

Ce dispositif de communication vise à sensibiliser et protéger les populations des conséquences sanitaires d'une canicule. Il se décompose selon les quatre niveaux du PNC. Les outils de ce dispositif (dépliants, affiches, modèles de communiqués de presse, spots…), mis à jour en 2015, sont disponibles dans le kit de communication canicule mis à disposition des communicants des ARS et des préfectures.

Fiche mesure à consulter : Fiche 1 : communication

4. ***Axe 4 : Capitaliser les expériences***

Suite à la survenue d'un épisode de canicule ou de fortes chaleurs, un retour d'expérience est organisé au niveau national avec l'ensemble des acteurs. Il se fonde notamment sur les informations recueillies au niveau territorial (préfecture, SIDPC, ARS, DIRECCTE, DDCSPP, Météo-France, l'ANSP, etc.).

Un Comité de Suivi et d'Evaluation du Plan national canicule et du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid (CSEP) se réunit deux fois par an : avant la saison estivale, pour présenter le PNC qui sera décliné localement et en fin de saison, pour analyser les événements survenus sur cette période et procéder à une évaluation du PNC.

Fiche mesure à consulter : Fiche 13 : Comité de Suivi et d'Evaluation du PNC et du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid (CSEP), Fiche 14 : Retour d'expérience

[2] Circulaire du 02 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

ANNEXE : FICHES MESURES

FICHE 1 : COMMUNICATION -1-

FICHE 2 : PERSONNES ISOLEES -7-

FICHE 3 : PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET SANS DOMICILE -9-

FICHE 4 : JEUNES ENFANTS -10-

FICHE 5 : TRAVAILLEURS -11-

FICHE 6 : ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX -13-

FICHE 7 : PRINCIPES GENERAUX DE VIGILANCE ET D'ALERTE CANICULE -16-

FICHE 8 : NIVEAU 1 - VEILLE SAISONNIERE -22-

FICHE 9 : NIVEAU 2 - AVERTISSEMENT CHALEUR -24-

FICHE 10 : NIVEAU 3 - ALERTE CANICULE -26-

FICHE 11 : NIVEAU 4 - MOBILISATION MAXIMALE -32-

FICHE 12 : DECLINAISON DEPARTEMENTALE DU PNC -34-

FICHE 13 : COMITE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PLAN NATIONAL CANICULE ET DU GUIDE NATIONAL DE PREVENTION ET DE GESTION DES IMPACTS SANITAIRES ET SOCIAUX LIES AUX VAGUES DE FROID (CSEP) -36-

FICHE 14 : RETOURS D'EXPERIENCES -38-

ANNEXE

FICHE 1 : COMMUNICATION

Le dispositif de communication vise à sensibiliser et protéger les populations des conséquences sanitaires d'une canicule. Il se décompose en deux phases distinctes : en amont, une phase de communication « préventive », puis une phase de communication « d'urgence » qui se décline en fonction des différents niveaux du PNC.

Les outils de ce dispositif (dépliants, affichettes, modèles de communiqués de presse, spots…) sont disponibles dans le kit de communication canicule refondé en 2015 et mis à disposition des communicants des ARS et des préfectures.

. LA COMMUNICATION « PREVENTIVE »

Le dispositif de communication « préventive » doit permettre d'informer et de sensibiliser, en amont, les populations sur les conséquences sanitaires d'une canicule et sur les moyens de s'en protéger.

La communication « préventive » est activée au niveau 1 - veille saisonnière du 1er juin au 31 août, sauf si des conditions météorologiques particulières justifient son maintien.

1. Le dispositif national

En début de saison estivale, le ministère chargé de la santé diffuse un communiqué de presse informant le public du déclenchement du niveau de veille saisonnière du PNC, des différents niveaux de plans et des recommandations sanitaires en case d'épisode de forte chaleur. Des communiqués de presse thématiques peuvent être régulièrement diffusés pendant l'été si besoin.

Un dossier spécial « canicule et chaleurs extrêmes » figure sur le site Internet du ministère composé, en particulier, des recommandations permettant à différentes catégories de population de lutter contre l'impact de la chaleur et comprend un « questions/réponses » destiné au grand public.

Avant le déclenchement de la veille saisonnière, l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP) diffuse une lettre d'information aux ARS, services préfectoraux et nombreux partenaires et réseaux institutionnels, associatifs et professionnels, présentant les documents mis à disposition. Destinés à tous les publics, et notamment aux personnes âgées, ces supports d'information (dépliants, affiches) sur la prévention des risques liés à la canicule sont proposés gratuitement à la commande. Ils existent en français et en anglais.

Les destinataires des plans de diffusion seront identiques à ceux de l'an dernier. Une communication email indiquera également aux ARS la procédure de commande pour eux et leurs partenaires. A noter que ces documents sont également disponibles en téléchargement sur le site de l'INPES et sur celui du ministère chargé de la santé.

- Dépliant « Canicule, Fortes chaleurs, les bons réflexes » :
  http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1027.pdf

- Affiche « Canicule, Fortes chaleurs, les bons réflexes » :
  http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1028.pdf

A destination des personnes âgées dépendantes ou fragiles :

- Affiche : « Canicule, Fortes chaleurs, les bons réflexes »
  http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1635.pdf

Des dépliants d'information pour les personnes déficientes visuelles et auditives existent également : version en gros caractères pour les personnes malvoyantes, également utile aux personnes âgées (cette version existe également en braille), et version très visuelle pour les personnes sourdes ou ayant difficilement accès à l'écrit. Un spot en langue des signes est également disponible sur le site de l'INPES. La diffusion est assurée par l'ANSP, notamment *via* des réseaux spécifiques.

- Version pour les personnes malvoyantes : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/evenement_climatique/canicule/docs/2009/D-malvoyants.pdf

- Version pour les personnes sourdes : http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/evenement_climatique/canicule/docs/2009/D-sourds.pdf

Pour les professionnels de santé, il existe un numéro de la collection Repères pour votre pratique intitulé « *Risques sanitaires liés aux fortes chaleurs chez la personne âgée* ». Le document peut être téléchargé sur le site de l'INPES.

- http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1033

2. ***Le dispositif local***

Le PNC laisse une autonomie importante aux ARS et aux services préfectoraux en matière d'information et de communication.

Les chargés de communication des ARS sont des relais et des acteurs indispensables pour la mise en œuvre de ce plan. En effet, par leur connaissance du contexte et des interlocuteurs et opérateurs locaux, ils doivent jouer un rôle à la fois en termes de conception, de mise en œuvre et de suivi des actions de communication. En cela, ils contribuent également aux actions mises en œuvre par les préfectures dans le cadre de la communication interministérielle.

Le dispositif local comprend l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie de communication informative, pédagogique et adaptée (partenariats, relations presse…), permettant d'expliquer, en amont, les conséquences sanitaires d'une canicule et les moyens de s'en protéger.

Cette stratégie de communication doit être adaptée aux réalités locales et par types de populations : prise en compte de l'implantation des établissements pour personnes âgées, des crèches, des établissements de santé, des populations à risque ou tenant compte des contraintes de certains secteurs d'activités. Elle doit intégrer ces enjeux et décliner les outils adéquats : élaboration de plaquettes et affiches, tenue de stands de sensibilisation dans des lieux publics, réalisation de kit canicule pour des populations spécifiques (personnes en situation de précarité, personnes sans domicile, enfants…), mise en œuvre de campagnes d'information et de sensibilisation avec des professionnels (médecins généralistes, pharmaciens…).

Le kit communication canicule, mis à la disposition des chargés de communication des ARS et des préfectures, comporte l'ensemble des outils nationaux disponibles.

Un numéro local d'information doit être identifié. Il est activé en cas de besoin pour répondre aux questions du public.

La diffusion des dépliants, brochures et affiches est effectuée localement par l'ANSP par le bais de commande auprès des partenaires et relais (associations, collectivités locales, *etc*.). La livraison des documents est réalisée gracieusement. Les différentes modalités de commande sont précisées dans le kit communication.

II. LA COMMUNICATION « D'URGENCE »

La communication « d'urgence » peut être locale ou nationale selon la gravité de la situation. Elle repose sur un renforcement de la communication « préventive » et sur la mise en œuvre d'actions complémentaires graduées selon les niveaux du PNC activés :

- Niveau 2 - avertissement chaleur (carte de vigilance jaune) ;
- Niveau 3 - alerte canicule (carte de vigilance orange) ;
- Niveau 4 - mobilisation maximale (carte de vigilance rouge).

Il est important de bien coordonner et mutualiser les actions de communication menées au niveau local (ARS, préfectures, communes…) ainsi que celles menées au niveau national. L'ensemble des acteurs (administrations centrales, services de l'Etat en région, collectivités territoriales et agences sanitaires) se tiennent mutuellement informés des actions de communication qu'ils entreprennent afin de garantir une cohérence de la communication.

1. La mise en place d'un numéro vert

Un numéro de téléphone national, « canicule info service » (0 800 06 66 66, numéro vert gratuit depuis un poste fixe en France) est mis en place en tant que de besoin par le ministère chargé de la santé. Il a pour mission, soit de diffuser des messages préenregistrés, soit de répondre aux questions des appelants et de faire connaître les recommandations et la conduite à tenir en cas de fortes chaleurs. En aucun cas, il ne se substitue à une régulation médicale pour fournir des réponses à des personnes malades.

2. Les outils disponibles

Les outils sont à consulter sur :

- http://www.sante.gouv.fr/canicule
  http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/evenement_climatique/canicule/canicule-outils.asp

Les supports de communication imprimés (affiches, dépliants) disponibles en amont sont également destinés à la phase d'urgence.

En phase d'urgence, sont également disponibles :

- un spot télévisé destiné au grand public qui reprend les principales recommandations pour lutter contre les effets d'une canicule et est livré par l'ANSP, avant la saison estivale, à l'ensemble des diffuseurs ;
- deux spots radio destinés au grand public et aux automobilistes ;
- des outils complémentaires : infographie, bannières Internet, banque de pictogrammes, etc.

Dès le niveau jaune, une information « Fortes chaleurs » figure dans l'encadré « commentaire » de la carte de vigilance météorologique et le phénomène canicule est signalé à l'échelle départementale sur le site Internet au travers d'une info-bulle ou dans la version tableau de la carte de vigilance. De manière succincte, les températures attendues et les régions concernées sont précisées. Dès le niveau orange, Météo-France diffuse en plus un bulletin national en plus de la carte de vigilance sur les conditions météorologiques attendues. Celui-ci est accompagné d'informations sur le risque encouru et la conduite à tenir de façon à permettre un relais par les médias.

3. Les différents niveaux

- **Niveau 2 - avertissement chaleur (carte de vigilance jaune pour Météo-France)**

Le niveau 2 permet la mise en œuvre de mesures graduées et éventuellement la préparation à une montée en charge des mesures de gestion par les ARS, notamment en matière d'information et de communication, en particulier en veille de week-end ou de jour férié, mais également lors de pics de chaleur ponctuels mais très intenses ou de chaleur en limite de seuil d'alerte et susceptible de durer longtemps.

Il constitue un niveau de communication renforcée en direction du public et des acteurs (par rapport aux actions menées en veille saisonnière). Le préfet ne déclenche pas le niveau 2.

A cet effet, la communication est essentiellement locale et peut inclure, outre le renforcement de la diffusion des dépliants et affiches, la mise en œuvre d'actions de relations presse ciblées.

En fonction de la situation (chassé-croisé de vacanciers sur les routes, événements sportifs de grande ampleur…), l'activation ou le renforcement du dispositif téléphonique national « canicule info service » (0 800 06 66 66) et un relais de la communication locale au niveau national, notamment sur le site Internet du ministère chargé de la santé et le cas échéant, sur le site internet de Météo-France, sont réalisés.

- **Niveau 3 - alerte canicule (carte de vigilance orange pour Météo-France)**

Le niveau 3, déclenché à l'initiative du préfet de département avec l'appui de l'ARS, correspond à la mobilisation des services et à la mise en œuvre de mesures d'information et de gestion adaptées à la prise en charge notamment des personnes à identifiées à risque. En tant que de besoin, la communisation est pilotée au niveau du ministère chargé de la santé.

Au niveau local, en cas de déclenchement du niveau 3 - alerte canicule, les services de l'Etat en région peuvent notamment :

- informer le grand public (notamment *via* les médias) du déclenchement de ce niveau, des dispositions prises par le préfet et de toutes les informations utiles concernant l'offre de soins et la nécessaire mobilisation communautaire (solidarité avec les personnes isolées) ;
- renforcer la diffusion des dépliants et affiches réalisés par le ministère chargé de la santé et l'ANSP ;
- ouvrir le numéro local d'information en complément de la plate-forme nationale pour informer sur la situation locale spécifique ;
- diffuser les spots radio, si besoin. En cas de canicule limitée à quelques départements, la mobilisation des médias se fait à partir des recommandations suivantes et des modalités pratiques décrites dans le kit communication :

  ➢ <u>Radios publiques : mobilisation du réseau local de Radio France</u>
  Seules les stations locales de Radio France (principalement France Bleu) sont soumises à l'obligation de diffusion des messages radio émis par le ministère chargé de la santé. La mobilisation du réseau local de Radio France se fait directement par les préfectures par le biais des conventions passées entre le préfet et les stations locales de Radio France. Une coordination et une mutualisation des préfectures concernées doivent être privilégiées et recherchées quand cela est possible.

  ➢ <u>Radios privées : invitation et non mobilisation</u>
  Les radios privées, locales ou non, échappent pour leur part au dispositif de mobilisation en cas d'alerte sanitaire. Cependant, la demande de relayer les messages d'alerte peut être faite par les préfets aux radios privées. Cette diffusion est volontaire et gracieuse. Il est demandé aux préfectures d'adresser au ministère chargé de la santé la liste des chaînes de radio (y compris privées) ayant accepté de diffuser les messages émis par le ministère. Les spots peuvent à cette fin être récupérés auprès de l'ANSP (téléchargement depuis le site inpes.sante.fr ou envoi des « bandes antennes » sur demande).

- diffuser le spot TV, si besoin : mobilisation des stations régionales de France 3 et des télévisions locales. Dans tous les cas, la mobilisation des stations de France 3 en région doit passer par le ministère chargé de la santé.

Au niveau national, en cas de déclenchement du niveau 3 - alerte canicule dans un ou plusieurs départements et en tant que de besoin, notamment en fonction de la situation (nombre de départements touchés, niveau des températures, chassé-croisé…), la communication peut être pilotée au niveau du ministère chargé de la santé. Ce dernier veille à la coordination des actions de communication menées au niveau local par les différents acteurs.

Le dispositif national de communication « d'urgence » peut comprendre, outre la mise en œuvre d'un dispositif de relations presse renforcé (communiqués de presse, conférences de presse…) :

- le renforcement du dispositif téléphonique national « canicule info service » (0 800 06 66 66) ;
- la diffusion, sur instruction du ministre chargé de la santé, du spot télévisé ainsi que des spots radio sur les chaînes et stations concernées (Radio France, TF1, France 2, France 3, France 4, France 5, Canal +, M6, les chaînes de la TNT ainsi que certaines télévisions locales). Cette disposition s'inscrit dans le cadre du dispositif prévu par l'article 16.1 de la loi audiovisuelle du 30 septembre 1986 modifiée.

  Les radios privées, locales ou non, échappent pour leur part au dispositif de mobilisation en cas d'alerte sanitaire. Cependant, la demande de relayer les messages d'alerte peut être faite par le ministère chargé de la santé aux radios privées. Cette diffusion est volontaire et gracieuse. Les spots peuvent, à cette fin, être récupérés auprès de l'ANSP (téléchargement depuis le site inpes.sante.fr ou envoi des « bandes antennes » sur demande).
- l'activation du dispositif d'information et d'alerte *via* des bannières Internet et les réseaux sociaux ;
- la mise en œuvre d'actions de partenariat avec les associations et relais permettant de communiquer à destination des personnes à risque (par exemple, l'ANSP diffuse *via* ses partenaires de la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP) et Presstalis (kiosques à journaux), une réserve de 6600 affiches pour la RATP et 25 000 affiches pour Presstalis).

- **Niveau 4 - mobilisation maximale (carte de vigilance rouge pour Météo-France)**

En cas de déclenchement du niveau 4 - mobilisation maximale, la communication est pilotée au niveau du ministère chargé de la santé ou au niveau interministériel, notamment dans le cadre de la cellule interministérielle de crise.

Le dispositif national de communication « d'urgence » peut comprendre, outre la mise en œuvre d'un dispositif de relations presse renforcé (communiqués de presse, conférences de presse…) :

- le renforcement du dispositif téléphonique national « canicule info service » (0 800 06 66 66) ;
- la diffusion, sur instruction du ministre chargé de la santé, du spot télévisé ainsi que des spots radio sur les chaînes et stations concernées (Radio France, TF1, France 2, France 3, France 4, France 5, Canal +, M6, les chaînes de la TNT ainsi que certaines télévisions locales). Cette disposition s'inscrit dans le cadre du dispositif prévu par l'article 16.1 de la loi audiovisuelle du 30 septembre 1986 modifiée.

Les radios privées, locales ou non, échappent pour leur part au dispositif de mobilisation en cas d'alerte sanitaire. Cependant, la demande de relayer les messages d'alerte peut être faite par le ministère chargé de la santé aux radios privées. Cette diffusion est volontaire et gracieuse. Les spots peuvent, à cette fin, être récupérés auprès de l'ANSP (téléchargement depuis le site inpes.sante.fr ou envoi des « bandes antennes » sur demande).

- l'activation du dispositif d'information et d'alerte *via* des bannières Internet et les réseaux sociaux ;
- la mise en œuvre d'actions de partenariat avec les associations et relais permettant de communiquer à destination des personnes à risque (par exemple, l'ANSP diffuse *via* ses partenaires de la Régie Autonome des Transports Parisiens (RATP) et Presstalis (kiosques à journaux), une réserve de 6 600 affiches pour la RATP et 25 000 affiches pour Presstalis).

Les actions de communication ainsi mises en œuvre sont relayées au niveau local par les différents acteurs qui pourront compléter le dispositif par des actions propres en fonction de leurs spécificités locales et de la situation sanitaire.

ANNEXE

FICHE 2 : PERSONNES ISOLEES

I. REPERAGE ET RECENSEMENT DES PERSONNES A RISQUE ISOLEES

La loi n°2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap prévoit dans son titre 1er la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte. Elle institue dans chaque département un Plan d'Alerte et d'Urgence (**PAU**) au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels.

Ce plan, arrêté conjointement par le préfet de département et par le président du Conseil départemental, en coopération avec les acteurs de la politique gérontologique, prend en compte la situation des personnes les plus vulnérables du fait de leur isolement. Il est mis en œuvre sous l'autorité du préfet de département et à Paris, du préfet de police.

Conformément aux dispositions de cette loi du 30 juin 2004 et des articles R.121-2 à R.121-12 du code de l'action sociale et des familles, les communes ont mis en place un registre nominatif destiné à inscrire les personnes âgées et les personnes en situation de handicap qui en font la demande.

Le décret n°2004-926 du 1er septembre 2004 fixe les modalités de recueil, de transmission et d'utilisation de ces données nominatives. Il assigne au maire quatre missions :

- informer ses administrés de la mise en place du registre ;
- collecter les demandes d'inscription ;
- en assurer la conservation, la mise à jour et la confidentialité ;
- le communiquer au préfet à sa demande, en cas de déclenchement du PAU.

Pour ce faire, les personnes vulnérables et fragiles sont incitées à s'inscrire sur les registres communaux. Le maire pourra utilement s'appuyer sur Les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), les services sociaux, les équipes médico-sociales de l'allocation personnalisée à l'autonomie, les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS), les Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) gérontologiques *etc.*
Les services communaux, afin de favoriser l'intervention des services sociaux et sanitaires, veillent à ce que, parmi les informations figurant sur le registre nominatif, soient renseignés les éléments relatifs à l'identité, à l'âge et au domicile des personnes âgées et en situation de handicap qui en ont fait la demande et, le cas échéant, les coordonnées du service intervenant à domicile, la personne à prévenir en cas d'urgence et les coordonnées du médecin traitant.

II. MOBILISATION DES MAIRES ET DES ASSOCIATIONS

Au titre des actions concernant les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes sans domicile ou en situation de précarité, les associations nationales sont sensibilisées à la nécessité de mobiliser leurs réseaux. Un certain nombre d'entre elles sont engagées, au titre d'un accord cadre, à renforcer leur collaboration avec l'Etat grâce au concours des bénévoles dont le rôle et les missions sont essentiels pour relayer les actions d'information et de protection des personnes fragiles. Parmi les associations ayant signé un accord cadre, certaines d'entre elles, qui sont agréées au titre de la sécurité civile, constituent, à ce titre, des auxiliaires des pouvoirs publics et peuvent être amenées à aider des communes en difficulté.

Les autres associations nationales apportent des réponses concrètes de solidarité envers les personnes isolées et fragiles. Les préfets sont invités, au niveau local, à réunir les associations pouvant s'impliquer dans le cadre des actions relatives à la canicule et à poursuivre la conclusion de conventions permettant de rendre encore plus efficace et plus concrète leur collaboration.

Les préfets sont également invités à sensibiliser les maires afin qu'ils fassent appel en cas de besoin aux antennes de proximité des associations nationales et aux associations locales, notamment en cas de déclenchement du niveau 3 - alerte canicule.

Il revient donc aux services placés directement sous l'autorité du représentant de l'Etat (services de la préfecture et/ou Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) de s'assurer de la mobilisation des collectivités territoriales et de la mise en œuvre de leurs obligations légales.

ANNEXE

FICHE 3 : PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE ET SANS DOMICILE

En cas d'épisode caniculaire, la vulnérabilité des publics sans domicile isolés et en habitat précaire est aggravée par le manque de commodités et nécessite une attention particulière.

Le préfet de département s'assure, en lien avec les associations et partenaires institutionnels concernés, de la disponibilité de places d'hébergement et d'accueil de jour ainsi que de la mobilisation des équipes mobiles (maraudes) ou de tout autre dispositif de veille sociale, mentionnés à l'article L. 345-2 du code de l'action sociale et des familles.

Pour les personnes vivant habituellement en habitat précaire, le préfet de département dans la mesure du possible, en lien avec les associations, veille à renforcer ou initier les visites afin de rappeler les mesures de prévention essentielles. Pour les personnes à la rue, les équipes mobiles de type « SAMU social » ou de tout autre dispositif de veille sociale contribuent à leur repérage et à leur soutien pour les aider à faire face aux difficultés résultant de leur mode de vie et de leur état de santé.

Les Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation (SIAO) prévus dans chaque département depuis la publication du décret n°2015-1446 du 6 novembre 2015 relatif aux services intégrés d'accueil et d'orientation ou les équipes mobiles de type « SAMU social » assurent l'orientation des personnes qui l'acceptent vers un lieu d'accueil adapté (accueil de jour, centre d'hébergement) et font appel en cas de situation d'urgence médicale au Centre 15. Les centres d'hébergement et les accueils de jour mettent en place des protocoles de prévention et de surveillance pour prévenir les risques que fait courir la canicule à une population fragilisée par sa désocialisation et ses problèmes de santé.

Le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale a fixé l'objectif ambitieux de mettre fin à la gestion saisonnière du dispositif. Cependant, cet objectif n'exclut toutefois pas l'ouverture temporaire de places de mise à l'abri pour répondre à des besoins exceptionnels et limités dans le temps. Les places de mise à l'abri constituent des capacités supplémentaires, mobilisables rapidement pour faire face à des événements ponctuels ou des circonstances locales particulières.

La mise à l'abri peut donc se définir comme étant une prestation d'hébergement temporaire, rapidement mobilisable, ayant pour fonction d'abriter et de protéger les personnes sans domicile en situation de détresse médicale, psychique ou sociale dans le respect de l'inconditionnalité de l'accueil dans des circonstances exceptionnelles, événements ponctuels ou situations locales particulières telles que la canicule.

ANNEXE

FICHE 4 : JEUNES ENFANTS

La chaleur expose rapidement les nourrissons et les jeunes enfants à une déshydratation qui peut être redoutable. Ces enfants ne peuvent pas non plus accéder sans aide extérieure à des apports hydriques adaptés. Les préfets rappellent aux gestionnaires des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans, des centres maternels, et des accueils collectifs de mineurs (avec ou sans hébergement), les recommandations d'actions et ce, afin d'assurer le rafraîchissement des enfants et des nourrissons.

Dans les établissements d'accueil, avant l'été, il convient, d'une part, que le service départemental de Protection Maternelle et Infantile (PMI) vérifie si un aménagement spécifique d'une pièce plus fraîche est envisageable et si les dispositifs et les matériels (stores, volets, systèmes de rafraîchissement, réfrigérateur, congélateur…) fonctionnent et d'autre part, que les professionnels soient sensibilisés aux mesures de prévention et à la détection des signes cliniques d'alerte d'une exposition à la chaleur.

ANNEXE

FICHE 5 : TRAVAILLEURS

Certains travailleurs peuvent être plus exposés que d'autres aux risques liés aux fortes chaleurs.

Afin de limiter les accidents du travail liés à de telles conditions climatiques, des mesures simples, visant à assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs, s'imposent aux employeurs.

I. LA RESPONSABILITE DE L'EMPLOYEUR (CADRE JURIDIQUE DE REFERENCE)

Au regard des articles L. 4121-1 et suivants et articles R. 4121-1 et suivants du code du travail, les employeurs ont la responsabilité de prendre les mesures nécessaires visant à assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de leurs établissements, en tenant compte notamment des conditions climatiques. Des mesures plus ciblées sont aussi prévues.

Le décret n°2008-1382 du 19 décembre 2008, relatif à la protection des travailleurs exposés à des conditions climatiques particulières, a notamment complété l'article R. 4121-1 du code du travail. Celui-ci prévoit désormais que tout employeur doit prendre en considération les « ambiances thermiques », dont le risque de « fortes chaleurs », dans le cadre de sa démarche d'évaluation des risques, de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques (DUER), et de la mise en œuvre d'un plan d'actions prévoyant des mesures correctives.

Ces mesures font pleinement écho aux ambitions du plan santé au travail 2016-2020 (PST3). Celui-ci a en effet pour priorité absolue le renforcement de la prévention primaire mettant le travailleur à l'abri de la survenance d'un risque pour sa santé. Les mesures mises en œuvre par l'employeur dans le cadre du PNC répondent pleinement à la volonté, que poursuit le PST3, d'aller, employeur et travailleur conjointement, vers l'appropriation d'une culture de la prévention.

II. MISE EN ŒUVRE PAR LES SERVICES DECONCENTRES DU MINISTERE CHARGE DU TRAVAIL ET LE RESEAU DES PREVENTEURS

a. *Pilotage :*

- Circulaire pérenne : circulaire DGT n°9 du 4 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du plan national canicule

  (http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/07/cir_37208.pdf)

- Instruction *ad hoc* visant à accompagner les mesures susceptibles d'être prises par les services déconcentrés du ministère chargé du travail et à informer les opérateurs (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), Institut national de recherche et de sécurité (INRS), les Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et les secteurs sensibles (OPPBTP), au regard du plan d'actions du ministère chargé du travail résultant d'une alerte de forte chaleur.

b. ***Mesures***

Les Directions régionales de l'économie, de la concurrence et de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) sont notamment invitées à inciter les entreprises à adapter l'organisation du travail en prévision de fortes chaleurs.

Dans ce cadre, elles peuvent :

- mobiliser les services de santé au travail, par le biais des médecins inspecteurs du travail, afin que les médecins du travail conseillent les employeurs (R. 4623-1) quant aux précautions à prendre à l'égard des salariés, surtout ceux qui sont les plus exposés aux risques liés à la canicule, et en informent correctement leurs salariés ;
- prévoir une vigilance accrue de l'inspection du travail dans les secteurs d'activités les plus concernés par les risques liés à la canicule et aux ambiances thermiques, en particulier le bâtiment et les travaux publics, mais aussi d'autres secteurs (notamment : restauration, boulangerie, pressing). Ont également vocation à requérir de la vigilance, la conduite de véhicules, les emplois saisonniers à l'extérieur (ex plages…..), *etc*. Dans ce cadre, l'inspection du travail incite les employeurs à déclarer chaque accident du travail.

c. ***Outils***

Ministère chargé du travail :

http://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/autres-plans-gouvernementaux

INRS:

http://www.inrs.fr/accueil/risques/phenomene-physique/chaleur.html

OPPBTP :

https://www.preventionbtp.fr/Documentation/Explorer-par-produit/Information/Dossiers-prevention/Les-temperatures-extremes ;

https://www.preventionbtp.fr/Documentation/Explorer-par-produit/Information/Dossiers-prevention/Les-temperatures-extremes/Des-actions-pour-prevenir

ANSP :

http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/evenement_climatique/canicule/canicule-outils.asp

ANNEXE

FICHE 6 : ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX

En situation sanitaire exceptionnelle, l'organisation des soins ambulatoires, hospitaliers et du secteur médico-social est encadrée par le schéma ORSAN.

Le volet ORSAN – CLIM a pour objectif d'optimiser l'organisation de l'offre de soins pour prévenir les conséquences sanitaires et sociales directes et indirectes, liées aux épisodes climatiques comme la canicule. L'enjeu principal est de réduire le nombre d'hospitalisations non justifiées et de faciliter les sorties pour permettre une prise en charge médico-sociale des patients dans les meilleurs conditions possibles.

Les ARS mettent en œuvre les mesures de ce dispositif, en tant que de besoin, dans le cadre du PNC.

. PROTECTION DES PERSONNES A RISQUE EN ETABLISSEMENTS

Le décret n°2005-768 du 7 juillet 2005 relatif aux conditions techniques minimales de fonctionnement des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées a renforcé l'assise juridique des mesures prioritaires décrites ci-dessous dans le but de les rendre opposables aux organismes gestionnaires.

1. *Etablissements accueillant des personnes âgées*

- ***Mise en place d'un « plan bleu »***

En Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), en Etablissements Accueillant des Personnes Agées (EHPA) (maison de retraite, foyer logement) et en unité de soins de longue durée, le plan de veille et d'alerte repose sur la mise en place d'un « plan bleu » fixant pour chaque institution publique, privée, associative ou commerciale, le mode d'organisation général pour répondre à une situation de crise. Ce plan détaille les modalités d'organisation à mettre en œuvre en cas de crise sanitaire ou météorologique, en application du décret n° 2005-768 du 7 juillet 2005. Celui-ci définit notamment le rôle et les responsabilités de l'équipe de direction, les procédures qui prévalent en cas de crise, les protocoles de mobilisation des personnels, le niveau des équipements et des stocks nécessaires pour faire face à une crise de longue durée et les modalités de la sensibilisation des personnels aux bonnes pratiques de prévention.

L'un des éléments essentiels de ce plan est la convention conclue avec un établissement de santé proche, fixant les modalités de coopération et d'échanges sur les bonnes pratiques concourant à prévenir les effets de la chaleur sur la santé et à éviter des hospitalisations.

Pour les EHPAD, le médecin coordonnateur veille à l'application des bonnes pratiques susceptibles de prévenir les hospitalisations ainsi que les règles de transferts en milieu hospitalier lorsqu'ils s'avèrent indispensables, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et donne un avis sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels.

- ***Pièce rafraichie***

L'installation d'au moins une pièce rafraîchie dans tous les établissements accueillant des personnes âgées (EHPA, EHPAD et établissements de santé) constitue une réponse efficace pour lutter contre les effets des très fortes chaleurs et les conséquences qu'elles ont pour les personnes fragiles. Il s'agit là d'un impératif, affiché et rappelé comme étant une

mesure prioritaire du PNC, et prévu par les articles D. 312-160 et D. 312-161 du code de l'action sociale et des familles.

- ***Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)***

En EHPAD, l'accès aux dossiers médicaux et de soins des personnes habilitées doit être facilité, notamment en cas d'une prise en charge médicale urgente d'un résident. Pour les EHPAD ne disposant pas de dossiers médicaux accessibles 24 heures/24 à un médecin intervenant en urgence, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) a élaboré et diffusé en 2008 un DLU, document synthétique sur la prise en charge médicale et paramédicale de chaque résident à mettre en place obligatoirement. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veillera à la mise à jour régulière de ce DLU par le médecin traitant.

2. ***Etablissements accueillant des personnes en situation de handicap***

Par courrier en date du 14 juin 2007 à l'attention des préfets, le directeur général de l'action sociale a demandé que l'ensemble des établissements hébergeant ou accueillant des personnes en situation de handicap pendant la période estivale mette en place les mesures préconisées dans le cadre des plans bleus, par assimilation avec les dispositifs qui sont opérationnels dans les EHPA.

II. ORGANISATION DES SOINS AMBULATOIRES ET HOSPITALIERS

1. ***Permanence des soins en médecine ambulatoire***

La permanence des soins est une mission de service public (L. 6112-1 du code de la santé publique).

Ainsi, les ARS portent une attention accrue à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire pendant la période estivale. Les ARS s'appuient sur le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), en lien avec les conseils départementaux de l'ordre des médecins, pour que la sectorisation soit adaptée à la demande de la population et à l'offre de soins, en prenant en compte les congés des médecins libéraux et la fermeture de cabinets médicaux.

Il est recommandé que des solutions soient étudiées au sein des CODAMUPS et en lien avec les établissements de santé lorsque l'organisation habituelle de la permanence des soins en médecine ambulatoire ne peut être assurée en période estivale, afin que la réponse aux demandes de soins non programmées puisse être assurée.

Enfin, les CODAMUPS envisageront de mettre en place une organisation spécifique permettant de renforcer la permanence des soins en médecine ambulatoire en cas de canicule ou de crise sanitaire en période estivale.

2. ***Préparation de l'organisation de l'offre de soins dans les établissements de santé publics et privés***

La programmation des capacités d'hospitalisation et de leur adaptation en fonction des fluctuations saisonnières fait l'objet de la part des directeurs généraux des ARS d'une réflexion anticipée et coordonnée au plan régional et au sein de chaque territoire de santé. Les ARS devront de même être vigilantes à la coordination des établissements de santé afin de garantir un équilibre entre les disponibilités en lits et les besoins, notamment pendant les périodes de congés.

Une attention particulière doit être portée sur l'adaptation des capacités d'hospitalisation dans les unités de soins intensifs et de surveillance continue, dans les services de grands brûlés, dans les services de réanimation adulte, pédiatrique et néo-natale et en service de

médecine polyvalente. Il est également recommandé de veiller aux capacités d'hospitalisation en court séjour gériatrique et en soins de suite et de réadaptation.

Pour faire face à un éventuel épisode de canicule, les directeurs d'établissements s'appuieront sur l'opérationnalité de leurs différents dispositifs internes de préparation à des situations sanitaires exceptionnelles, notamment :

- le dispositif « hôpital en tension » et le plan blanc d'établissement, définis par l'instruction du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis ;
- le plan de continuité d'activité de l'établissement.

La commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de ces dispositions.

La formalisation des relations entre les services d'urgence et les autres services hospitaliers, au sein du territoire de santé par le réseau des urgences est un facteur déterminant pour une bonne gestion des flux de patients et de leur prise en charge.

L'établissement de santé dispose d'indicateurs sur la gestion des lits par spécialité, analyse son activité et ajuste les mesures à mettre en œuvre, en articulation avec la cellule de veille de l'établissement, en vue de garantir la qualité des soins et d'anticiper les phénomènes de tension.

Le réseau des urgences (convention constitutive, répertoire des ressources, fiche de dysfonctionnement) étant un élément clef de l'organisation territoriale des urgences, les directeurs généraux des ARS veilleront à l'utilisation des fiches de dysfonctionnement, conformément à la circulaire du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.

ANNEXE

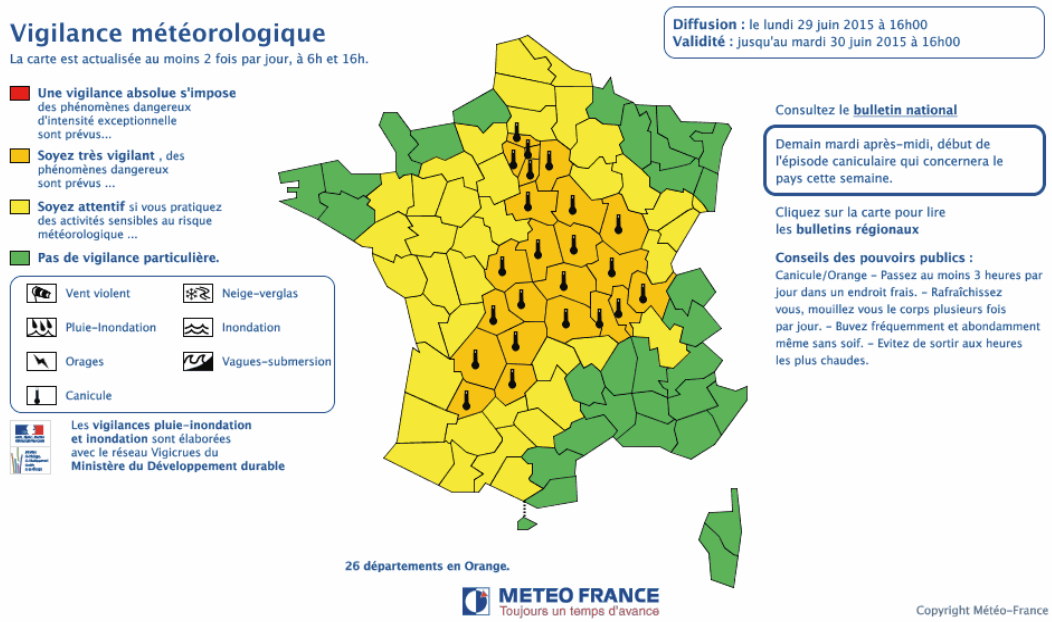
FICHE 7 : PRINCIPES GENERAUX DE VIGILANCE ET D'ALERTE CANICULE

Les différents niveaux du PNC s'articulent avec les quatre couleurs de vigilance météorologique. Sur la base de la carte de vigilance météorologique de Météo-France, les préfets de département peuvent déclencher le niveau 3 - alerte canicule.

I. LA PROCEDURE DE VIGILANCE METEOROLOGIQUE

Ce dispositif de vigilance météorologique, précisé dans la circulaire interministérielle n°IOC/E/11/23223/C du 28 septembre 2011, fixe le cadre des procédures de mise en vigilance et d'alerte météorologiques sur le territoire métropolitain.

Il se formalise par une carte de France métropolitaine qui signale si un danger menace un ou plusieurs départements dans les vingt-quatre heures à venir, à l'aide de quatre couleurs (vert, jaune, orange, rouge) indiquant le niveau de vigilance nécessaire. Disponible en permanence sur le site Internet de Météo-France (http://vigilance.meteofrance.com), cette carte est réactualisée deux fois par jour à 6 heures et 16 heures, plus fréquemment si la situation l'exige. La carte de vigilance s'adresse à l'ensemble de la population.



Carte de Vigilance de Météo-France

En complément, un tableau récapitulatif de tous les départements avec, pour chacun d'eux, la liste des phénomènes en vigilance rouge, orange ou jaune est accessible sur le site depuis l'onglet au-dessus de la carte intitulé : « *Version tableau* ». Le tri est possible par numéro minéralogique de département ou bien par niveau de vigilance du rouge au jaune. Ce même tableau est diffusé par courriel aux partenaires de la vigilance météorologique.

Pour la canicule, dès le niveau jaune sur au moins un département un commentaire national accompagne la carte de vigilance, dans l'encadré placé à droite de la carte de vigilance. De

plus, pour chaque département en vigilance jaune, la liste de tous les phénomènes concernés par la vigilance jaune est disponible en ligne dans une info-bulle affichée au survol du département et sur les smartphones dans la rubrique "Départements en vigilance".

Le pictogramme correspondant à la canicule apparaît sur la carte dès le niveau orange .

En cas de prévision de phénomènes dangereux de forte intensité, le ou les départements concernés apparaissent en orange. Ils apparaissent en rouge en cas d'intensité exceptionnelle. Un pictogramme précise le type de phénomène prévu (vent violent, pluie-inondation, inondation, orages, neige-verglas, avalanches, vagues-submersion, canicule, grand froid). En cas de multi-phénomènes orange dont la canicule, le pictogramme canicule est systématiquement affiché en juxtaposition à un autre phénomène météorologique. Sur le site Internet ou sur les smartphones, la liste de tous les phénomènes concernés par le niveau orange ou rouge est accessible.

Lorsque la carte comporte une zone orange ou rouge, elle est accompagnée de bulletins de suivi réguliers précisant, en particulier, l'évolution du phénomène en termes de localisation géographique, de chronologie et d'intensité. Ces bulletins sont réactualisés aussi fréquemment que nécessaire et les conséquences possibles (*exemple : l'augmentation de la température peut mettre en danger des personnes à risque, c'est-à-dire les personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques ou de troubles mentaux, les personnes qui prennent régulièrement des médicaments, les personnes isolées*) et des conseils de comportement y sont indiqués (*exemples : passez au moins trois heures par jour dans un endroit frais, rafraîchissez-vous, mouillez-vous le corps plusieurs fois par jour*).

En cas de vigilance de niveau orange ou rouge, le bulletin de suivi national est accessible directement sous la carte.

Les niveaux « orange » et « rouge » mettent en évidence les phénomènes dangereux de nature, non seulement à mobiliser les services en charge de la sécurité civile ou sanitaire, mais aussi à concerner l'ensemble de la population. Ce centrage sur les phénomènes à fort impact est la condition nécessaire à la crédibilité de la procédure et au respect des conseils de comportement par les populations le cas échéant.

Les niveaux du PNC seront en cohérence avec les couleurs de la vigilance météorologique pour le paramètre « canicule » :

Carte de vigilance météorologique	Niveaux du PNC
vert	Niveau 1 - veille saisonnière
jaune	Niveau 2 - avertissement chaleur
orange	Niveau 3 - alerte canicule
rouge	Niveau 4 - mobilisation maximale

Dans les départements concernés par une vigilance orange pour le paramètre « canicule », la décision de déclencher le niveau 3 - alerte canicule du PNC est de la responsabilité du préfet de département qui, le cas échéant, intègre dans sa décision des données conjoncturelles (niveau de pollution, facteurs populationnels de type grands rassemblements, *etc.*) et notamment des données transmises par l'ARS.

Une fois le niveau 3 - alerte canicule du PNC activé, le préfet prend toutes les mesures adaptées dans le cadre du PGCD. Le déclenchement du niveau 3 - alerte canicule n'implique pas l'application systématique de toutes les mesures du PGCD. En effet, les mesures de gestion proposées dans le PGCD peuvent être mises en œuvre de façon graduée et proportionnelle en fonction de l'analyse de la situation et des informations complémentaires dont peuvent disposer les préfets (cf. fiche 10).

En fin d'épisode caniculaire, lorsque les IBM redescendent en dessous des seuils d'alerte et que Météo-France fait évoluer son niveau de vigilance en jaune voire en vert dans les départements concernés, mais qu'un impact sanitaire persiste, les ARS pourront préconiser aux préfets un maintien des mesures adéquates du PGCD.

II. LE SYSTEME D'ALERTE CANICULE ET SANTE (SACS)

La procédure de vigilance intègre également l'expertise du Système d'Alerte Canicule et Santé (SACS). Ce système a été élaboré à partir d'une analyse fréquentielle de trente années de données quotidiennes de mortalité et de différents indicateurs météorologiques. Cette analyse a permis d'identifier les Indicateurs BioMétéorologiques (IBM), qui sont les moyennes sur trois jours consécutifs *(*l'IBM du jour J est la moyenne de J, J+1, et J+2) des températures minimales (IBM min) et maximales (IBM max) comme étant les plus pertinents pour identifier les épisodes de canicule en France métropolitaine.

Des seuils d'alerte départementaux ont été définis pour ces deux indicateurs et sont réévalués régulièrement. La probabilité d'atteinte ou de dépassement simultané des seuils par les IBM min et IBM max pour un département donné constitue le critère de base pour choisir la couleur de la carte de vigilance par Météo-France.

D'autres indicateurs météorologiques considérés comme des facteurs aggravants (écarts aux seuils de température qui permet d'estimer l'intensité de la canicule, humidité relative de l'air, durée de la canicule, précocité de la chaleur, pollution de l'air) ainsi que les éventuels retours sanitaires fournis par les services de la santé (ANSP, ARS), sont également être pris en compte.

Indicateurs BioMétéorologiques (IBM)

Pour chaque département, une ville de référence a été définie à laquelle est associée un seuil d'Indicateur Biométéorologique minimal (IBMn) et un seuil d'Indicateur Biométéorologique maximal (IBMx).

Alsace																
Département	Ville Seuil	Param	J-1		J		J+1		J+2		J+3		J+4		J+5	
BAS-RHIN	Strasbourg 19/34	IBMn/ IBMx	20.5	34.0	20.8	34.5	22.2	33.0	20.3	31.7	19.5	30.7	19.0	31.3	18.5	32.3

	Risque très élevé
	Risque élevé
	Risque moyen
	Risque faible
	Risque quasi nul

Exemple pour le département du Bas-Rhin : la ville de référence est Strasbourg avec un seuil d'IBMn de 19°C et d'IBMx de 34°C. Pour chaque jour de J-1 à J+5 sont indiqués les IBMn et IBMxen degrés Celsius sachant que l'IBM du jour J est la moyenne de J, J+1 et J+2.

A chaque IBM est associé un niveau de risque. Il va de très élevé à quasi nul et, afin de permettre une lecture rapide du tableau, des couleurs (du marron foncé au blanc) leur ont été associées.

Le SACS est opérationnel du 1er juin au 31 août de chaque année. Durant cette période, Météo-France met à la disposition de l'ANSP des informations techniques pour l'ensemble des départements métropolitains sur un site extranet dédié comprenant notamment : un tableau national des prévisions d'IBM de J-1 à J+5 et de températures de J-1 à J+7, les cartes de risque BioMétéorologique, les courbes de températures observées et prévues par station et par région. Les tableaux de prévisions d'IBM et de températures sont également transmis par Météo-France à l'ANSP par mail.

En parallèle, Météo-France alimente chaque jour un site extranet dédié, à la DGS, aux préfectures et aux ARS (http://www.meteo.fr/extranets) comprenant notamment : la carte de vigilance, les courbes par station des températures observées, le tableau des IBM et des températures prévues pour l'ensemble des départements métropolitains, ainsi que des courbes de températures observées et prévues à l'échelle régionale.

L'ANSP collecte, surveille et analyse des indicateurs sanitaires permettant d'estimer l'impact de la chaleur.

- Si un impact significatif est détecté, l'ANSP en informera la DGS et Météo-France dès 14h30. L'analyse sanitaire nationale définitive, ainsi qu'une synthèse de l'analyse sanitaire locale fournie par les Cellules d'intervention en région (CIRE), sera transmise à la DGS *via* le Bulletin Quotidien des Alertes (BQA), vers 18 heures.
- Si aucun impact n'est détecté, l'ANSP en informera la DGS *via* le Bulletin Quotidien des Alertes (BQA), vers 18 heures.

En cas de vigilance orange canicule, l'ANSP transmettra l'analyse sanitaire nationale tous les jours (ouvrés et non-ouvrés). L'analyse sanitaire locale sera transmise tous les jours ouvrés, à partir du lendemain du jour de passage en niveau 3 - alerte canicule. Cette analyse pourra être transmise les jours non ouvrés, sur demande expresse de la DGS ou de l'ARS en cas de situation sensible du fait de l'ampleur ou du contexte.

En cas de vigilance rouge canicule, l'ANSP transmettra l'analyse sanitaire nationale et locale tous les jours (ouvrés et non-ouvrés).

III. LE RESEAU DE SURVEILLANCE ET D'ALERTE BASE SUR DES DONNEES SANITAIRES

L'ANSP pilote depuis 2004, le système de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès) ; il intègre une remontée quotidienne informatisée de l'activité des services d'urgence participant au réseau OSCOUR® (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences) et, depuis 2006, les données des associations SOS Médecins complètent ce dispositif.

L'arrêté du 24 juillet 2013[3] et son instruction d'accompagnement décrivent les principes de remontée obligatoire des informations issues des structures des urgences vers l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et l'ANSP afin d'alimenter notamment le dispositif OSCOUR®.

Par ailleurs l'ANSP reçoit les données de mortalité transmises par l'Insee pour un échantillon de 3000 communes informatisées, qui représentent près de 80 % des décès en France. Elles sont disponibles dans un délai minimum de 14 jours et nécessitent un délai d'un mois pour pouvoir être consolidées.

[3] arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires

Les indicateurs sanitaires suivis sont les suivants :

- les passages dans les services d'urgence : total des primo-passages toutes causes tous âges, primo-passages toutes causes des personnes de plus de 75 ans, primo-passages tous âges pour causes spécifiques liées à la chaleur (hyperthermie, hyponatrémie, déshydratation) ;
- les visites SOS Médecins toutes causes tous âges ; et pour causes spécifiques liées à la chaleur (hyperthermie, déshydratation)
- les décès toutes causes tous âges de l'INSEE.

Les indicateurs sanitaires de morbidité permettent de faire une analyse rapide de l'impact sanitaire d'une vague de chaleur sur le recours aux soins d'urgence. Les indicateurs de mortalité quant à eux ne peuvent pas être utilisés au décours immédiat d'une vague de chaleur, mais seront analysés en fin de saison pour en faire le bilan.

IV. LE POINT DE SYNTHESE SANITAIRE REGIONAL

1. *Remontées systématiques*

Depuis l'été 2009, le dispositif de remontées hebdomadaires d'informations sur les établissements de santé est pérenne. Les objectifs de ce processus sont d'une part d'avoir une image synthétique de l'état de l'offre de soins dans les établissements de santé, et d'autre part de mettre en évidence les phénomènes de tension. Sur la base des remontées des ARS, le Centre Opérationnel de Réception et de Réponse aux Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS) de la DGS réalise le bulletin national des activités et capacités hospitalières ainsi que la carte de synthèse nationale.

Les données recueillies par les ARS sont les suivantes :

- liste des plans départementaux de mobilisation[4] mis en œuvre dans la région ;
- liste des établissements de santé en tension, avec actions réalisées ;
- liste des établissements de santé ayant activé leur plan blanc ;
- activité pré-hospitalière ;
- activité dans les services d'urgences ;
- taux d'occupation dans certains services hospitaliers.

2. *Remontées en situation d'alerte*

Dès le lendemain du déclenchement par le préfet d'un niveau 3 - alerte canicule jusqu'au lendemain de la levée d'alerte décidée par le préfet, l'ARS renseigne quotidiennement le portail « canicule » *via* SISAC avec les éléments suivants :

- les mesures mises en œuvre ;
- les données relatives aux activités et capacités hospitalières ;
- toute difficulté rencontrée dans les champs sanitaire et médico-social.

En tout état de cause, cette remontée d'informations à caractère sanitaire doit s'effectuer en étroite collaboration entre les ARS d'une part et les préfectures de département d'autre part.

4 Anciennement « plans blancs élargis », modifié par l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article L. 3131-8 du Code de santé publique)

Après le lendemain de la levée de l'alerte, indépendamment de ce dispositif, il est demandé aux ARS d'informer le CORRUSS de toute situation de tension hospitalière liée à la chaleur à l'exemple de ce qui se fait tout au long de l'année hors période concernée par le PNC.

V. LE POINT DE SYNTHESE SANITAIRE NATIONAL

Dès le lendemain du déclenchement par le préfet d'un niveau 3 - alerte canicule jusqu'au lendemain de la levée d'alerte décidée par le préfet, sur la base des synthèses sanitaires régionales et des données sanitaires de l'ANSP, le CORRUSS transmet la synthèse sanitaire nationale aux ARS, au Centre Opérationnel de Gestion Interministérielle des Crises (COGIC), à la Cellule ministérielle de veille opérationnelle et d'alerte du Ministère de l'Environnement , de l'Energie et de la Mer (CMVOA) et à ses partenaires institutionnels.

ANNEXE

FICHE 8 : NIVEAU 1 - VEILLE SAISONNIERE

Le niveau de veille saisonnière est activé automatiquement du 1er juin au 31 août de chaque année. Avant le 1er juin, chaque service concerné vérifie le bon fonctionnement des dispositifs d'alerte ainsi que le caractère potentiellement opérationnel des mesures prévues dans le PGCD. En cas de chaleur précoce ou tardive, la veille saisonnière peut être activée avant le 1er juin ou prolongée après le 31 août. Le niveau 1 - veille saisonnière correspond à une couleur verte sur la carte de vigilance météorologique.

I. LE DISPOSITIF NATIONAL

1. *Communication* (*cf*. fiche 1 : communication)

Le dispositif de communication « préventive » doit permettre d'informer et de sensibiliser, en amont, les populations sur les conséquences sanitaires d'une canicule et sur les moyens de s'en protéger. La communication « préventive » est activée du 1er juin au 31 août, sauf si des conditions météorologiques particulières justifient son maintien.

En début de veille saisonnière ou en prévision des premiers épisodes de fortes chaleurs, le ministère chargé de la santé diffuse un communiqué de presse informant le grand public de l'activation du niveau de veille saisonnière du PNC, des conseils de base sur la prévention des risques liés aux fortes chaleurs et des mesures de gestion et de communication prévues en cas de chaleurs extrêmes ou de canicule. Des communiqués de presse thématiques peuvent être régulièrement diffusés pendant l'été si besoin.

Un dossier spécial « canicule et chaleurs extrêmes » figure sur le site Internet du ministère. Il contient toutes les informations utiles et en particulier, les recommandations permettant à différentes catégories de population de lutter contre l'impact de la chaleur et comprend un « questions/réponses » destiné au grand public.

Parallèlement, avant le déclenchement de la veille saisonnière, l'ANSP diffuse et met à la disposition des ARS, des services préfectoraux et de nombreux partenaires et réseaux institutionnels, associatifs et professionnels, les supports d'information (dépliants, affiches) sur la prévention des risques liés à la canicule. Ils sont destinés à tous les publics et notamment aux personnes âgées et aux personnes ayant des difficultés d'accès à la lecture (en situation précaire, en situation de handicap, …) et sont disponibles en français et en anglais.

Météo-France alimente chaque jour des sites Internet spécifiques destinés d'une part à l'ANSP et d'autre part aux préfectures, aux ARS et à la DGS. (*cf*. fiche 7 : principes généraux de vigilance et d'alerte canicule).

2. *Veille biométéorologique*

Le SACS est activé du 1er juin au 31 août de chaque année. Pendant cette période, Météo-France analyse le risque météorologique et envoie quotidiennement aux acteurs du SACS une analyse de la situation incluant notamment le tableau des IBM assortis de couleurs en fonction des probabilités de dépassement des seuils.

Météo-France transmet aux partenaires une liste de référents locaux de Météo-France, pouvant être contactés pour apporter une expertise technique dans son champ de compétence.

II. LE DISPOSITIF LOCAL

Le dispositif local est mis en œuvre en application du PGCD (cf. fiche 12).

Le PNC laisse une autonomie importante aux ARS et aux services préfectoraux en matière d'information et de communication.

Les chargés de communication des ARS sont des relais et des acteurs indispensables pour la mise en œuvre de ce plan. En effet, par leur connaissance du contexte et des interlocuteurs et opérateurs locaux, ils doivent jouer un rôle à la fois en termes de conception, de mise en œuvre et de suivi des actions de communication. En cela, ils contribuent également aux actions mises en œuvre par les préfectures dans le cadre de la communication interministérielle.

ANNEXE

FICHE 9 : NIVEAU 2 - AVERTISSEMENT CHALEUR

Le niveau 2 - avertissement chaleur répond au niveau de vigilance jaune pour le paramètre « canicule » de la carte de vigilance météorologique.

I. DESCRIPTION DES PHENOMENES CONCERNES

Le niveau 2 – avertissement chaleur correspond à un épisode de fortes chaleurs qui nécessite une attention, voire des mesures particulières, en fonction des situations possibles suivantes :

1. un pic de chaleur intense apparait et est au-dessus des seuils d'alerte mais limité à un ou deux jours ;
2. les IBM prévus sont proches des seuils, mais sans que les prévisions météorologiques ne montrent d'intensification de la chaleur pour les jours suivants ;
3. les IBM prévus sont proches des seuils, avec des prévisions météorologiques annonçant une probable intensification de la chaleur. Cette vigilance jaune est alors considérée comme l'amorce de l'arrivée d'une canicule. Ce niveau implique une attention particulière et permet la mise en œuvre de mesures graduées, notamment en matière d'information et de communication en particulier en veille de weekend ou de jour férié.

Dès le niveau jaune, une information succincte « Fortes chaleurs » figure dans l'encadré « commentaire » à droite de la carte de vigilance météorologique et le phénomène est signalé à l'échelle départementale sur le site Internet au travers d'une info-bulle ou dans la version tableau de la carte. Les Directions interrégionales de Météo-France transmettent alors à l'ARS de zone et au Centre Opérationnel de Zone (COZ) un bulletin spécial pour le paramètre canicule. Ce bulletin précisera la situation météorologique à l'origine des fortes chaleurs et son évolution prévue. Les ARS de zone relaieront ce bulletin aux ARS concernées.

II. MESURES PRISES AU NIVEAU 2 – AVERTISSEMENT CHALEUR

- **Au niveau territorial**

Le préfet ne déclenche pas le niveau 2 - avertissement chaleur.

Les ARS prennent les mesures de gestion adaptées en coordination avec les préfectures de départements concernées. Ces mesures sont graduées en fonction des spécificités de chacune des situations décrites au paragraphe précédent. Les principales mesures applicables sont :

- Le renforcement des mesures de communication (cf. fiche 1) ;
- Le renforcement des mesures déclinées au niveau 1 - veille saisonnière (cf. fiches 2, 3, 4, 5, 6, 12) ;
- L'organisation de la montée en charge du dispositif opérationnel (astreinte, etc.), notamment en vue d'un passage en niveau 3 - alerte canicule ;
- Pour la troisième situation (amorce de l'arrivée d'une canicule), les acteurs locaux sont expressément informés par la préfecture des risques d'intensification de la chaleur. Ils sont invités à prévoir une montée en charge de leur dispositif en vue du déclenchement du niveau 3 - alerte canicule.

- **Au niveau national**

Au niveau national, un point téléphonique de coordination entre Météo-France, l'InVS et la DGS peut être organisé et les mesures de communication peuvent être renforcées.

ANNEXE

FICHE 10 : NIVEAU 3 - ALERTE CANICULE

Le niveau 3 - alerte canicule correspond à une vigilance météorologique orange pour le paramètre canicule.

I. MESURES PRISES AU NIVEAU 3 - ALERTE CANICULE

1. *A l'échelon national*

- ***Transmission d'informations sanitaires***

L'ANSP analyse, à partir du lendemain du premier jour de passage en vigilance orange, les indicateurs sanitaires de mortalité et de morbidité prévus dans son système de surveillance, aux niveaux local et national.

Si un impact est détecté, l'ANSP organise vers 14h30 un point téléphonique avec la DGS et Météo-France afin de les informer de la situation. Ceci permet à Météo-France de modifier si nécessaire la couleur de la carte de vigilance de 16 heures, et à la DGS de faire la synthèse des différentes remontées (données sanitaires de l'ANSP, activités et capacités hospitalières, *etc.*) qu'elle transmet aux différents partenaires du PNC. L'analyse sanitaire nationale, ainsi qu'une synthèse de l'analyse sanitaire régionale fournie par les CIRE, est transmise à la DGS *via* le Bulletin Quotidien des Alertes (BQA) vers 18 heures.

Si aucun impact n'est détecté, l'ANSP en informe également la DGS *via* le Bulletin Quotidien des Alertes (BQA) vers 18 heures.

- ***Echanges avec les acteurs concernés***

La DGS procède à l'analyse des indicateurs sanitaires communiqués par l'ANSP et les ARS et transmet la synthèse sanitaire nationale notamment dans les domaines sanitaires et médico-sociaux, aux partenaires institutionnels.

Si un impact est constaté notamment sur l'offre de soins, la DGS organise au besoin des conférences téléphoniques avec les différents acteurs concernés pour apprécier la situation et proposer des mesures de gestion complémentaires. Elle pourra rassembler les représentants de l'ANSP, Météo-France, de la Direction Générale de la Sécurité Civile et de la Gestion des Crises (DGSCGC), de la DGOS, de la DGCS, des préfets de départements et des ARS concernés.

En cas d'épisodes caniculaires, il pourrait être envisagé d'avoir recours à la mobilisation de la réserve sanitaire, par exemple pour renforcer les structures de soins ou médico-sociales déjà surchargées, selon les modalités prévues dans le cadre d'emploi de la réserve sanitaire.

- ***Point de situation***

La DGS organise à 18 heures 30 une conférence téléphonique pour évaluer la situation, effectuer le bilan des mesures de gestion mises en œuvre et des éventuelles difficultés rencontrées au niveau local.

Elle rassemble la DGSCGC, la DGS, la DGOS, la DGCS, le CMVOA, l'ANSP et Météo-France.

La fréquence de cette conférence téléphonique est modulable selon l'évolution de la situation et/ou à la demande des participants.

Si des secteurs autres que les secteurs sanitaire et médico-social sont affectés, un point de situation national donnant une analyse du contexte est rédigé par la DGS à la suite de l'audioconférence et à partir des éléments transmis par chacun des entités concernées. Celui-ci est alors transmis à chacun des partenaires y ayant participé. La DGS peut intégrer dans sa liste de diffusion les adresses électroniques fonctionnelles de partenaires ne relevant pas de son champ de compétence. Ces listes d'adresses devront être fixées et transmises à la DGS préalablement à la saison estivale.

- ***Information permanente du public***

La carte de vigilance météorologique affiche en jaune, orange ou rouge les départements concernés par un risque de canicule dans un délai de vingt-quatre heures. Des bulletins de suivi sont émis par Météo-France en cas de vigilance orange ou rouge (pour plus de détails, voir fiche 7).

L'ANSP diffuse sur son site Internet un message comprenant, s'il y a lieu, une synthèse de la situation sanitaire et des conseils de prévention en cas de fortes chaleurs.

Tous les éléments relatifs à l'information du public sont décrits dans la fiche 1 : communication.

2. *A l'échelon local*

- ***L'ARS***

  - Organisation de la réponse sanitaire et médico-sociale

Conformément aux dispositions du volet ORSAN – CLIM, l'organisation de la réponse sanitaire et médico-sociale est réalisée par l'ARS, sous l'autorité du préfet, qui s'assure notamment:

- de l'effectivité de la permanence des soins en médecine ambulatoire et de la bonne réponse du système de soins ;
- de la mobilisation des établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap par activation des mesures prévues dans leur « plan bleu ». Elle veille à cette mobilisation en lien avec le Conseil départemental.

Elle vérifie également, grâce aux données collectées, l'adéquation des mesures mises en œuvre à la situation.

Dès le lendemain du déclenchement par le préfet d'un niveau 3 - alerte canicule dans au moins un département de la région et jusqu'au lendemain de la levée d'alerte décidée par le préfet, l'ARS réalise quotidiennement un point de synthèse sanitaire régional en complétant le portail « canicule » *via* SISAC avec les éléments suivants :

- les mesures mises en œuvre ;
- les données relatives aux activités et capacités hospitalières ;
- toute difficulté rencontrée dans les champs sanitaire et médico-social.

En cas de situation de tension sanitaire dans un ou plusieurs départements, l'ARS en informe le(s) préfet(s) de département concerné(s). L'ARS apporte son expertise au préfet en tant que de besoin. A partir du lendemain du jour de passage en niveau 3 - alerte canicule, les informations sanitaires définies dans le cadre du SACS sont analysées par la CIRE dans chaque région en jour ouvré (et non ouvré, sur demande expresse de la DGS ou de l'ARS en cas de situation sensible du fait de l'ampleur ou du contexte).

Il est rappelé que toute situation de tension ou difficulté sanitaire qui n'aurait pas été renseignée sur le portail « canicule » *via* SISAC pour 17h30 doit être signalée par message adressé à la boite alerte du ministère chargé de la santé : alerte@sante.gouv.fr.

- Au sein des établissements de santé en cas de tensions hospitalières

Si une situation de tension est confirmée, la cellule de veille de l'établissement de santé se transforme, sous l'autorité du directeur de l'établissement, en une cellule de crise restreinte.

Cette cellule prend connaissance de l'activité programmée, vérifie la disponibilité effective en lits et incite à organiser des sorties anticipées. Elle communique la situation au sein de l'établissement et informe quotidiennement l'ARS de l'évolution de la conjoncture jusqu'au retour à la normale. Si la situation se prolonge, elle adapte la capacité en lits, organise les sorties anticipées et la déprogrammation, assure la gestion des moyens matériels et humains supplémentaires mobilisés de façon graduée et adaptée à la situation pour contrôler les flux de patients adressés aux urgences, en lien avec le SAMU – Centre 15.

Lorsque les différents éléments préconisés mis en œuvre ne suffisent pas à adapter l'offre de soins hospitalière à la demande, le directeur d'établissement peut déclencher le « plan blanc » d'établissement, en en informant le préfet de département et l'ARS. Cependant, ce plan est normalement réservé à un événement exceptionnel aux conséquences sanitaires graves, dépassant les capacités immédiates de réponse adaptée. Le « plan blanc » est déclenché si la situation de tension se conjugue à une activité soutenue et à une capacité d'accueil restreinte.

Les éléments constitutifs du plans départemental de mobilisation[5] sont activés par le préfet de département sur proposition du directeur général de l'ARS, si l'événement prend une ampleur telle qu'il s'installe dans la durée et entraîne un contexte de tension sur l'offre de soins, impliquant une mobilisation coordonnée de l'ensemble des professionnels de santé ambulatoires et hospitaliers, des secteurs privés et publics, des autorités sanitaires et préfectorales aux différents niveaux de décision.

- Appui aux préfets

Outre l'exercice de ses attributions propres en matière de prévention, de soins et de prise en charge médico-sociale, l'ARS apporte son appui aux préfets dans la mise en œuvre du dispositif canicule en pilotant la Cellule Régionale d'Appui et de Pilotage Sanitaire (CRAPS) et en participant au Centre Opérationnel Départemental (COD), conformément aux articles L. 1435-1, L.1435-2 et R.1435-1 et suivants du code de la santé publique.

L'ARS met en place une CRAPS si besoin, en vue d'apporter son expertise et son soutien aux préfets de département dans la collecte et le traitement des informations relatives à la canicule.

L'ARS est chargée de :

- coordonner la réponse du système de soins et d'assurer son adaptation constante (définition et organisation si nécessaire des filières de prise en charge des personnes, répartition appropriée des moyens entre les départements, organisation de la gestion et de la distribution des stocks de produits de santé) ;
- centraliser et traiter les données disponibles sur la situation du système sanitaire et médico-social et sur la situation épidémiologique ;
- mobiliser en tant que de besoin l'expertise médicale et scientifique ;
- communiquer aux préfets de département les synthèses régionales et les bilans de situation (réalisés sur la base des informations recueillies par les services et les autorités sanitaires régionales).

[5] Anciennement « plan blanc élargi », modifié par l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article L. 3131-8 du Code de santé publique)

La CRAPS siégeant au chef-lieu de zone de défense et de sécurité assure l'interface entre le dispositif sanitaire et le Centre Opérationnel de Zone (COZ).

- ***Le préfet***

  - Préfet de zone de défense et de sécurité

Le préfet de zone prend les mesures de coordination nécessaires, analyse les besoins à satisfaire et les moyens supplémentaires à déployer dans les départements. Il assure notamment la coordination des moyens civils et militaires et peut mettre à disposition d'un ou plusieurs préfets de département les moyens de l'Etat existant dans la zone quand l'événement dépasse un département. Le préfet de zone constitue également l'interface entre le niveau national et l'échelon départemental.

  - Préfet de département

- *Analyse de la situation*

Le préfet de département analyse la situation sur la base des informations à sa disposition, notamment la carte de vigilance signalant un niveau orange, les informations fournies par l'extranet Météo-France et les conditions locales en lien avec les principaux acteurs du PNC (ARS, collectivités…).
En tant que de besoin, l'ARS apporte en appui l'expertise de la CIRE. Pour obtenir tout complément d'information météorologique, le préfet et l'ARS disposent en outre du centre météorologique local désigné par Météo-France.

- *Décision de l'alerte*

Le préfet décide du passage de son département en niveau 3 - alerte canicule. Dans le département de Paris, le PNC est mis en œuvre par le préfet de police et le préfet de la région d'Ile-de-France, préfet de Paris au titre de leurs compétences respectives.

- *Transmission de l'alerte*

La préfecture transmet la décision du préfet de passage en niveau 3 - alerte canicule selon les procédures habituelles d'alerte météorologique, aux différents acteurs concernés du département recensés dans le PGCD et notamment à l'ARS.
Le bulletin de suivi vigilance et l'extranet Météo-France dédié aux ARS et préfectures contiennent des informations qui peuvent être reprises par la préfecture pour informer les acteurs sur les échéances et l'intensité du phénomène de canicule attendu.

- *Activation des mesures départementales du plan canicule*

Les mesures départementales du PNC sont définies dans le PGCD, articulé avec le dispositif ORSEC départemental. Dans ce cadre, le préfet prend toutes les dispositions utiles pour mobiliser les moyens nécessaires à la gestion de la crise et coordonner les opérations. Le déploiement de ces dispositions peut prendre en compte les spécificités locales intra-départementales, notamment les différences climatiques, d'urbanisation et de densité de population, etc.

Outre l'alerte canicule, le préfet, en tant que de besoin, mobilise les acteurs concernés. Les mesures adaptées prévues au PGCD peuvent être mises en œuvre de façon graduée selon l'analyse de la situation faite par l'ARS et les informations complémentaires dont disposerait le préfet (rassemblement de population, pollution atmosphérique, *etc.*).

Il s'agit en particulier, au-delà de la procédure d'alerte, des actions suivantes :

- mener des actions locales d'information sur les mesures préventives élémentaires en direction du public (*via* les médias locaux) ou en direction des différents acteurs. Cette

information préventive est, avec les mesures de contacts directs avec les personnes vulnérables, une des clefs de la prévention des effets de la canicule sur les personnes ;

- déclencher le plan départemental de mobilisation[6]
- demander le déclenchement des « plans blancs » (afflux de victimes dans les établissements de santé) ou des « plans bleus » ;
- mobiliser des associations structurées au niveau départemental ;
- veiller à ce que l'ensemble des services publics locaux et des organismes associés soit mobilisé et prêt à mettre en œuvre les actions prévues :

  - assistance aux personnes âgées isolées en mobilisant les SSIAD, les SAAD et les associations de bénévoles, en liaison avec le Conseil départemental et les communes dans le cadre du déclenchement du PAU au profit des personnes âgées et des personnes en situation de handicap en cas de risques exceptionnels (« plan vermeil ») ;

  - accueil des personnes à risque dans des locaux rafraîchis (supermarchés, bâtiments publics,…) en liaison avec les communes ;

  - mesures d'organisation, de fonctionnement et d'approvisionnement en matériels pour protéger, rafraîchir et hydrater les nourrissons et les jeunes enfants.
- rappeler aux maires l'importance de conduire une action concertée d'assistance et de soutien aux personnes isolées pour prévenir les conséquences sanitaires d'une canicule. Le préfet les engage à mettre en œuvre tous les moyens dont ils peuvent disposer et les invite à leur faire connaître les renforts dont ils auraient besoin, au-delà de leurs moyens propres, pour que l'ensemble de ces actions soit mené avec toutes les garanties et l'efficacité nécessaires. Les communes peuvent faire intervenir des associations et organismes pour contacter les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vivant à domicile. Des points de distribution d'eau sont installés, les horaires des piscines municipales sont étendus, etc.

Le préfet peut demander aux maires la communication des registres nominatifs qu'ils ont constitués et régulièrement mis à jour, conformément aux dispositions des articles R.121-2 à R.121-12 du code de l'action sociale et des familles pris en application de l'article L.121-6-1 du même code, recensant les personnes âgées et personnes en situation de handicap qui en ont fait la demande.

Le préfet prend toutes mesures réglementaires de limitation ou d'interdiction adaptées aux circonstances relevant de ses pouvoirs de police administrative générale.

En cas d'épisode caniculaire grave, le représentant de l'Etat peut faire appliquer les dispositions de l'article L.1435-1 du code de la santé publique qui prévoit que les services de l'ARS sont placés pour emploi sous l'autorité du représentant de l'Etat territorialement compétent lorsqu'un événement porteur d'un risque sanitaire peut constituer un trouble à l'ordre public.

Le préfet s'appuie en fonction des besoins locaux sur le dispositif ORSEC (dispositif d'alerte des acteurs, activation du COD, activation d'une cellule d'information du public…).

Lorsque le COD est activé, il réunit en tant que de besoin les représentants des acteurs territoriaux concernés par la canicule pour coordonner leurs actions.

Exceptionnellement, selon l'ampleur territoriale et/ou la durée du phénomène, le Premier ministre pourrait être amené à activer la CIC.

[6] Anciennement « plan blanc élargi », modifié par l'article 158 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (article L. 3131-8 du Code de santé publique)

- Remontée d'informations

Une remontée d'informations des mesures mises en œuvre par les préfectures et les collectivités territoriales sera mise en place par l'intermédiaire du portail ORSEC. Elle concerne notamment l'activation ou le maintient du niveau 3 - alerte canicule pour le département, les principales mesures mises en œuvre par les collectivités territoriales ou l'activité des services d'incendie de secours. Cette information doit être renseignée au plus tard pour 17 h.

Toute information propre à tout événement relatif à l'épisode de canicule en cours (signalement de faits, points de situation,…) est également renseignée dans le portail ORSEC. Des situations autres que sanitaires liées à la vague de chaleur (incendie de végétaux, sécheresse, accès à l'eau potable, transports, etc.) peuvent également faire l'objet d'un signalement.

- Communication

Des actions de communication spécifiques sont mises en place du 1er juin au 31 août. Elles sont décrites dans la fiche 1 : communication.

- ***Interlocuteurs désignés par Météo-France***

Les directions interrégionales de Météo-France sont les interlocuteurs des préfets de zone et ARS de zone. Leur compétence géographique correspond aux zones de défense et de sécurité. Le service de prévision météorologique interrégional qui fonctionne H24 et 7/7jours apportera tout complément d'information nécessaire aux instances zonales. Des webconférences ou des conférences téléphoniques pourront être éventuellement organisées pour permettre le partage de l'information entre l'ensemble de ces entités.

Les préfets de département ou les ARS pourront obtenir une information complémentaire si le besoin s'en fait sentir auprès du centre météorologique qui aura été désigné comme interlocuteur par Météo-France celui-ci pouvant être localisé dans un département limitrophe ou bien être la direction interrégionale suivant l'organisation de chaque direction interrégionale de Météo-France. Ces centres sont ouverts 12 heures en journée puis leurs tâches sont reprises la nuit par le service de prévision météorologique interrégional. Des webconférences ou des conférences téléphoniques pourront être éventuellement organisées pour permettre le partage de l'information entre l'ensemble de ces entités.

II. MAINTIEN OU LEVEE DU NIVEAU 3 - ALERTE CANICULE

1. *Maintien du niveau 3 - alerte canicule*

Si la carte de vigilance redevient jaune voire verte mais qu'un impact sanitaire persiste, le préfet pourra, en lien avec l'ARS, décider d'un maintien des mesures adaptées du PGCD.

2. *Levée du niveau 3 - alerte canicule*

Lorsque les situations météorologique et sanitaire n'appellent plus de mesures particulières, le préfet décide, en lien avec l'ARS, du retour au niveau 2 - avertissement chaleur ou au niveau 1 - veille saisonnière. L'information relative au changement de niveau est communiquée *via* le portail ORSEC ainsi qu'aux acteurs concernés.

ANNEXE

FICHE 11 : NIVEAU 4 - MOBILISATION MAXIMALE

En phase d'aggravation de la canicule et ou de la situation sanitaire, le niveau 4 - mobilisation maximale correspond à une vigilance météorologique rouge pour le paramètre canicule.

Tous les éléments détaillés dans la fiche 10 en cas de niveau 3 - alerte canicule sont applicables *a minima* et devront être renforcés et adaptés à la dimension de la situation lors du déclenchement du niveau 4 – mobilisation maximale.

I. DECLENCHEMENT DU NIVEAU 4 - MOBILISATION MAXIMALE

1. *A l'échelon national*

Comme le précise la circulaire du 28 septembre 2011 relative à la procédure de vigilance et d'alerte météorologiques, les situations « rouges » indiquent un risque élevé de survenue de phénomènes extrêmes pouvant conduire à des conséquences catastrophiques.

La décision de passage en vigilance rouge par Météo-France pourra prendre en compte non seulement des valeurs exceptionnelles des IBM, mais d'autres paramètres évalués avec l'appui des partenaires de la vigilance (DGS, DGSCGC *etc*.) ou des principaux opérateurs permettant d'apprécier les conséquences dans différents secteurs (sécheresse, approvisionnement en eau potable, saturation des hôpitaux ou des opérateurs funéraires, panne d'électricité, nécessité d'aménagement de temps de travail ou d'arrêt de certaines activités *etc*.).

Le niveau 4 du PNC en cohérence avec la vigilance rouge correspond à une canicule avérée exceptionnelle, très intense et durable, avec apparition d'effets collatéraux de grande ampleur. Cette situation nécessite la mise en œuvre de mesures exceptionnelles.

La crise, devenant intersectorielle, nécessite une mobilisation maximale et une coordination de la réponse de l'Etat. Le niveau 4 – mobilisation maximale est déclenché au niveau national par le Premier ministre, sur avis du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de l'intérieur. Le Premier ministre peut « confier la conduite opérationnelle de la crise à un ministre qu'il désigne en fonction de la nature des événements, du type de crise ou de l'orientation politique qu'il entend donner à son action».[7] La désignation de ce ministre « entraîne l'activation de la CIC qui regroupe l'ensemble des ministères concernés (…) ».

En cas d'épisodes caniculaires et notamment d'activation du niveau 4 - mobilisation maximale, il pourrait être envisagé d'avoir recours à la mobilisation de la réserve sanitaire par exemple pour renforcer les structures de soins ou médico-sociales déjà surchargées.

[7] Circulaire du 02 janvier 2012 relative à l'organisation gouvernementale pour la gestion des crises majeures.

2. *A l'échelon local*

- ***Le préfet***

▪ Préfet de zone de défense et de sécurité

Il revient au préfet de zone de défense et de sécurité d'être l'interlocuteur privilégié du niveau national et d'assurer la coordination des efforts départementaux tant en matière de renforts que de communication. Le préfet de zone prend les mesures de coordination nécessaires décrites au niveau 3 - alerte canicule, adaptées à la dimension de la situation.

▪ Préfet de département

Sur proposition de la CIC, le Premier ministre peut demander aux préfets de département concernés d'activer le niveau de mobilisation maximale.

Les préfets de département peuvent également proposer d'activer le niveau de mobilisation maximale en fonction des données météorologiques, des données sanitaires ou d'activités inhabituelles de leurs services, et de la constatation d'effets annexes (sécheresse, pannes ou délestages électriques, saturation des hôpitaux…).

Au niveau 4 - mobilisation maximale, les préfets de département arment les COD en veillant à y inclure l'ensemble des services impliqués dans la mise en œuvre des mesures de protection générale des populations (aspects sanitaires, aspects de sécurité civile, approvisionnement en eau, en énergie,…) et un point de contact avec les élus.

Les préfets veillent également à coordonner les messages diffusés par les collectivités territoriales de leur département, maintenir un lien de confiance et de proximité avec les populations et assurer une veille de l'opinion.

- ***L'ARS***

L'ARS s'organise au niveau local et met en place, en tant que de besoin, une CRAPS dans le domaine sanitaire et médico-social décrite dans la fiche 10 : niveau 3 - alerte canicule.

II. MAINTIEN OU LEVEE DU NIVEAU 4 - MOBILISATION MAXIMALE

1. *Maintien du niveau 4 - mobilisation maximale*

Lors de la redescente des températures, le niveau de mobilisation maximale pourra être maintenu pour des raisons autres que météorologiques alors que la carte de vigilance sera d'une couleur autre que rouge.

2. *Levée du niveau 4 - mobilisation maximale*

La levée du dispositif est décidée par le Premier ministre, sur la base des informations fournies par la CIC. Cette décision est communiquée aux départements et acteurs concernés.

ANNEXE

FICHE 12 : DECLINAISON DEPARTEMENTALE DU PNC

I. PLAN DE GESTION D'UNE CANICULE DEPARTEMENTAL (PGCD)

Sur la base du PNC notamment, les préfets de départements mettent à jour le PGCD qui décrit l'ensemble du dispositif déployé en fonction des niveaux d'activation du plan en précisant le rôle de chacun des acteurs territoriaux publics et privés. Le PGCD est articulé avec le dispositif ORSEC départemental.

II. REUNION DES ACTEURS

Le préfet de département peut réunir avant le 1er juin, et le cas échéant en fin de saison, les acteurs locaux concernés par le PNC, notamment au travers d'un Comité Départemental Canicule (CDC) ou d'autres instances consultatives à vocation sanitaire.

Cette réunion rassemble en particulier les services de la préfecture, l'ARS, la DDCSPP, le rectorat, Météo-France, le président du Conseil départemental et les maires des principales communes du département.
Pour les questions relatives à la prise en charge des personnes vulnérables, cette réunion associe également des représentants des institutions suivantes : établissements sociaux et médico-sociaux, SSIAD, SAAD, CLIC, organismes de sécurité sociale, représentants des associations signataires de l'accord cadre (notamment la Croix rouge française et des associations d'équipes mobiles de type « SAMU social »).
Pour l'organisation de la permanence des soins, il est fait appel au CODAMUPS.

Les objectifs sont :

- évaluer et mettre à jour le dispositif départemental de gestion d'une canicule conformément au PNC avec tous les acteurs concernés et organiser, le cas échéant, des exercices pour en tester l'efficacité ;
- s'assurer que les établissements de santé et les établissements accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap disposent respectivement de plans blancs et de plans bleus ;
- faire un bilan des actions de formation et de sensibilisation des différentes populations à risques et acteurs concernés au niveau local ;
- veiller à ce que les recommandations soient diffusées auprès des populations à risques ;
- préparer un plan de communication départemental en cas d'alerte et de fortes chaleurs ;
- faire un bilan annuel des mesures structurelles de lutte contre la canicule notamment dans les établissements de santé, médico-sociaux et hébergeant des personnes en situation de handicap ;
- réaliser en fin de saison un bilan de l'efficacité des mesures prises pendant l'été.

De plus, avant l'été, le préfet peut réunir ou informer les maires en vue d'échanger sur les bonnes pratiques en matière d'assistance et de soutien aux personnes isolées, en particulier sur :

- les mesures d'inscription sur le registre nominatif recensant les personnes âgées et les personnes en situation de handicap qui en font la demande (articles R. 121-2 à R. 121-12 du code de l'action sociale et des familles) et l'exploitation de ces données.

Par ailleurs, le préfet autorise automatiquement les maires à communiquer directement aux services opérationnels de proximité les données relatives aux personnes inscrites sur le registre, mais en demandant que cette transmission soit limitée aux éléments strictement nécessaires au regard du champ de compétence technique et géographique des intervenants.

Il convient, en effet, quel que soit le contexte, de veiller au respect de la confidentialité des données et de leur utilisation dans le seul cadre des actions de soutien et d'assistance telles que prévues par l'article L.116-3 du code de l'action sociale et des familles :

- l'identification des lieux climatisés permettant d'accueillir les personnes à risque vivant à domicile ;
- l'intervention des associations et organismes pour contacter les personnes âgées et les personnes en situation de handicap vivant à domicile ;
- la mise en place de points de distribution d'eau, l'extension des horaires d'ouverture des piscines municipales *etc*.

ANNEXE

FICHE 13 : COMITE DE SUIVI ET D'EVALUATION DU PLAN NATIONAL CANICULE ET DU GUIDE NATIONAL DE PREVENTION ET DE GESTION DES IMPACTS SANITAIRES ET SOCIAUX LIES AUX VAGUES DE FROID (CSEP)

Le suivi et l'évaluation du PNC est assuré par un Comité de Suivi et d'Evaluation du Plan national canicule et du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid (CSEP).

I. MISSIONS

Les missions du comité sont :

- de s'assurer de la mise en œuvre, d'une part au niveau national et d'autre part de la déclinaison au plan local, des mesures structurelles, organisationnelles, d'information et de communication contenues dans le PNC et dans le guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid ;
- d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain ;
- de veiller à l'évaluation de ces documents, notamment sur les mesures structurelles et organisationnelles mises en œuvre dans les établissements à risque ainsi que sur le bilan des actions de formation et sensibilisation des différentes populations à risque et acteurs concernés ;
- de proposer, en fonction de l'évolution du contexte et de l'évaluation précitée, des adaptations au niveau du contenu de ces deux documents ;
- d'organiser des exercices nationaux pour en tester l'efficacité.

II. COMPOSITION

Le comité est présidé par le directeur général de la santé ou son représentant.

Le comité est composé de représentant(s) :

- des ministères chargés notamment : de la santé, des affaires sociales, de l'intérieur, du travail, de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur, de la jeunesse et sports, de la défense, de la justice, de l'environnement, de l'agriculture,… ;
- des agences de sécurité sanitaire : ANSP, Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM), Agence nationale de SEcurité Sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (AnSES), ANSP, Agence Nationale de Santé publique (ANSP) ;
- d'organismes nationaux : Météo-France, Autorité de Sûreté Nucléaire (ASN), Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN) ;
- d'Agences Régionales de Santé (ARS) ;
- des professionnels de santé : Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens (CNOP), Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance privée (FEHAP), Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération de l'Hospitalisation privée (FHP), Société Française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), SAMU Social de Paris (SSP), Collège de médecine générale, Société Française de Médecine Générale (SFMG) et des personnes spécialistes de la thématique ;

- d'associations et de fédérations : Association des Maires de France (AMF), Assemblée des Départements de France (ADF), Croix Rouge française, France Bénévolat, Ordre de Malte, Petits frères des pauvres, Union des Foyers des Jeunes Travailleurs (UFJT), Union Sociale pour l'Habitat (USH), Union Nationale des Centres Communaux d'Action Sociale (UNCCAS), Union Nationale Inter fédérale des Œuvres et des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (UNIOPSS),Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Fédération des SAMU sociaux…

Chaque organisme est représenté par une personne.

III. MODALITES DE FONCTIONNEMENT

Le CSEP se réunit au moins deux fois par an :

- après la saison hivernale et donc avant la saison estivale : pour analyser les événements survenus sur la période hivernale et procéder à l'évaluation du guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid et présenter le PNC avant la période estivale.
- après la saison estivale et avant le début de la saison hivernale : pour analyser les événements survenus sur la période estivale et procéder à une évaluation du PNC et pour présenter le guide national de prévention et de gestion des impacts sanitaires et sociaux liés aux vagues de froid qui sera décliné localement.

Concernant les réunions du comité, les synthèses communiquées à la DGS par les ARS voire par d'autres acteurs (Météo-France, ANSP…) permettront d'enrichir les réflexions du comité sur d'éventuelles évolutions des dispositifs. Cette réunion sera également l'occasion de permettre aux acteurs de terrain de présenter leurs bilans.

La DGS assure le secrétariat du comité.

ANNEXE

FICHE 14 : RETOUR D'EXPERIENCE

Suite à la survenue d'un épisode de canicule ou de fortes chaleurs, un retour d'expérience est organisé au niveau national avec l'ensemble des acteurs. Il se fonde notamment sur les informations recueillies au niveau territorial (préfecture, SIDPC, ARS, DIRECCTE, DDCSPP, Météo-France, ANSP, etc.).

SANTÉ

SANTÉ PUBLIQUE

Protection sanitaire, maladies, toxicomanie, épidémiologie, vaccination, hygiène

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction veille et sécurité sanitaire

Centre opérationnel de régulation et de réponse aux urgences sanitaires et sociales (CORRUSS)

Sous-direction santé des populations et prévention des maladies chroniques

Bureau santé des populations et politique vaccinale (SP1)

Sous-direction politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins

Bureau du médicament (PP2)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Sous-direction des ressources humaines du système de santé

Bureau démographie et formations initiales (RH1)

Instruction n° DGS/CORRUSS/SP1/PP2/DGOS/PF2/RH1/2017/196 du 9 juin 2017 relative à la mise en œuvre de dispositifs spécifiques de gestion des vaccins adultes contre l'hépatite B disponibles en France pendant la période de pénurie

NOR : *SSAP1717188J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 9 juin 2017. – Visa CNP 2017-77.

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

Résumé : les vaccins adultes contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®, suspension injectable en seringue préremplie, du laboratoire GLAXOSMITHKLINE (GSK) et HBVAXPRO 10 microgrammes®, suspension injectable en seringue préremplie, du laboratoire MSD Vaccins connaissent des tensions d'approvisionnement depuis janvier 2017. Ces tensions devraient perdurer au moins jusqu'en février 2018.

La présente instruction vise à préciser les dispositifs spécifiques de gestion des vaccins adultes contre l'hépatite B, disponibles en France pendant la période de pénurie et plus particulièrement :

– d'une part, à préciser les modalités de gestion des stocks du vaccin B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® destinés aux élèves et étudiants des professions médicales et paramédicales afin que ceux-ci soient immunisés contre le virus de l'hépatite B pour la rentrée 2017-2018 et soient autorisés à effectuer leurs stages ;

– d'autre part, à limiter la vente au détail et au public du vaccin contre l'hépatite B, FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® réservé aux patients ayant une insuffisance rénale (patients pré-hémodialysés et hémodialysés), qui a fait l'objet d'une autorisation d'importation délivrée le 22 mai 2017 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), aux seules pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à la rétrocession des établissements de santé disposant d'un centre de dialyse.

Mots clés : vaccin – hépatite B – ENGERIX – HBVAXPRO – FENDRIX – pénurie – vente au public et au détail – élèves et étudiants – formation.

Références :

Article L. 3111-4 du code de la santé publique ;

Arrêté du 6 mars 2007 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique ;

Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 ;

Arrêté du 2 mars 2017 suspendant les annexes I et II de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique ;

Avis du HCSP du 14 février 2017 relatif aux tensions d'approvisionnement de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B ;

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/DSS/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes®.

Annexe :

Annexe 1. – Message type destiné aux organismes de formation et aux élèves et étudiants des professions médicales et paramédicales.

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

Les vaccins adultes contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®, suspension injectable en seringue préremplie du laboratoire GLAXOSMITHKLINE (GSK) et HBVAXPRO 10 microgrammes®, suspension injectable en seringue préremplie du laboratoire MSD Vaccins connaissent des tensions d'approvisionnement depuis janvier 2017. Ces tensions devraient perdurer au moins jusqu'en février 2018.

Le calendrier vaccinal définit les professionnels à risque élevé d'exposition pour lesquels la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire ou recommandée en s'appuyant notamment sur les arrêtés du 6 mars 2007 et du 2 août 2013.

Dans son avis du 14 février 2017, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a précisé la liste des professionnels à risque élevé d'exposition et établi des priorités parmi les populations à risque pour lesquelles la vaccination contre l'hépatite B est recommandée. Il a également émis des recommandations permettant d'épargner des doses de vaccins en différant la 3e dose d'ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® ou en différant l'administration de doses supplémentaires à la suite du contrôle de l'immunisation.

Afin de permettre la mise en œuvre de ces recommandations, les conditions d'immunisation ont été suspendues par arrêté du 2 mars 2017 et les deux vaccins sont autorisés à la rétrocession par la note d'information n° DGS/PP2/DGOS/DSS/2017/72 du 2 mars 2017 qui précise les conditions dérogatoires de leur mise à disposition et de leur prise en charge par l'assurance maladie.

À ce stade, les perspectives d'approvisionnement en vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® négociées avec le laboratoire GSK permettent de penser que les personnes définies comme prioritaires à la vaccination contre l'hépatite B pourront bien être vaccinées au cours de l'année 2017, sous réserve que les préconisations de l'avis du HCSP soient bien respectées par les prescripteurs.

Le vaccin FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® sera également prochainement disponible. Ce vaccin est indiqué pour l'immunisation des patients présentant une insuffisance rénale (patients pré-hémodialysés et hémodialysés).

En outre, un stock supplémentaire concernant un autre vaccin est en cours de constitution afin de sécuriser l'approvisionnement et l'accès à la vaccination pour l'ensemble des populations prioritaires identifiées par l'avis HCSP du 14 février 2017.

Concernant les élèves et étudiants des professions médicales et para-médicales, il importe qu'ils soient protégés contre l'hépatite B au moment de la rentrée, et au moins au début de leur stage. Au regard des besoins et des perspectives d'approvisionnement, sous réserve d'une gestion fine et spécifique des stocks, l'ensemble des élèves et étudiants des professions de santé devant être vaccinés, le seront.

La présente instruction vise à préciser les dispositifs spécifiques de gestion des vaccins contre l'hépatite B, disponibles en France pendant la période de pénurie et plus particulièrement :

– d'une part, à préciser les modalités de gestion des stocks de vaccins B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® destinés aux élèves et étudiants des professions médicales et paramédicales afin que ceux-ci soient immunisés contre le virus de l'hépatite B pour la rentrée 2017/2018 et soient autorisés à effectuer leurs stages ;
– d'autre part, à limiter la vente au détail et au public du vaccin contre l'hépatite B, FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® qui a fait l'objet d'une autorisation d'importation délivrée le 22 mai 2017 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), aux seules Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) autorisées à la rétrocession des établissements de santé disposant d'un centre de dialyse.

1. Modalités de gestion des stocks de vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®, destinés aux élèves et étudiants de professions médicales et paramédicales

Allocation des doses

Les services de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont élaboré la liste des écoles et précisé les effectifs de l'ensemble des élèves et étudiants concernés, en tenant compte de la proportion de personnes déjà vaccinées pendant l'enfance. À partir de ces effectifs, des stocks de vaccins seront alloués aux PUI autorisées à l'activité de rétrocession des établissements de santé proches de ces organismes de formation (universités, instituts de formation, etc.).

L'ANSM informera le laboratoire GSK des PUI de référence désignées pour commander des vaccins destinés à la vaccination des élèves et étudiants des professions médicales et paramédicales et des quantités qui leur seront allouées.

Les PUI de référence désignées sont amenées à gérer deux stocks distincts de vaccins :

– un stock pour les élèves et étudiants des professions médicales et para-médicales :
  – au regard de la liste des instituts de formation et des effectifs correspondant, les PUI identifiées seront informées par une note DGS/DGOS du stock qui leur est alloué. Elles commanderont dès le mois de juin en une fois les 2/3 des quantités allouées ;
  – le 1/3 restant permettra, le cas échéant, d'effectuer des réajustements sur les quantités initialement allouées. Une note DGS/DGOS précisera ce réajustement et un réapprovisionnement pourra être effectué fin août ou début septembre ;
  – la dispensation des 2 doses de vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® se fera en une fois, au vu d'une prescription médicale et du courrier de l'organisme de formation attestant que la personne est bien admise en première année de formation. Les vaccins seront rétrocédés, conformément à la note d'information n° DGS/PP2/DGOS/DSS/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes® ;
  – un bilan bi-mensuel du nombre de doses dispensées au cours de la quinzaine précédente et du stock restant sera transmis chaque premier et troisième lundi du mois à l'ARS ;
– un second stock destiné aux patients prioritaires :
  – les commandes de vaccins destinés à ces patients sont réalisées selon le circuit habituel.

Information des organismes de formation

Les directeurs généraux des ARS informent par courrier les organismes de formation du dispositif mis en place compte tenu de la pénurie actuelle en leur rappelant les conditions d'immunisation des élèves et étudiants lors d'une primo-vaccination (*cf.* message type en annexe 1). En l'absence de vaccination, les élèves et étudiants ne pourront être admis en stage clinique et leur calendrier de formation devra être adapté en fonction.

Le ministère transmet aux ARS un tableau précisant pour chaque organisme de formation la PUI de référence où les étudiants devront se procurer les doses de vaccins ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®. Les ARS communiquent les coordonnées de la PUI de référence désignée aux organismes de formation.

Information des élèves et étudiants des professions médicales et para-médicales

Lors de l'envoi aux étudiants et élèves du courrier de confirmation de l'inscription, l'organisme de formation transmet le message d'information figurant en annexe 1, relatif aux conditions d'approvisionnement en vaccin contre l'hépatite B. Ce message doit être complété avec les coordonnées de la PUI de référence qui sera désignée par le ministère.

Afin de fiabiliser le dispositif et faciliter le suivi des stocks de vaccins, l'organisme de formation envoie à la PUI de référence la liste des élèves et étudiants inscrits en première année de formation.

Circuit de vaccination

Les élèves et étudiants non encore immunisés consultent leur médecin traitant afin qu'une prescription unique de 2 doses de vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® leur soit faite. Ces deux doses doivent être administrées à un mois d'intervalle et la deuxième injection doit être réalisée au moins un mois avant le début du stage clinique. Ils seront informés également par leur médecin traitant de la nécessité de faire une 3e dose après la fin de la période de pénurie.

Les élèves et étudiants s'approvisionnent en vaccins à la PUI autorisée à l'activité de rétrocession désignée proche de leur organisme de formation.

L'administration des vaccins sera réalisée par le médecin traitant, exceptionnellement, s'il y a lieu, par le service santé au travail du lieu de stage.

2. **Limitation de la vente au public et au détail du vaccin contre l'hépatite B, FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® dans le cadre de l'autorisation d'importation qui sera prochainement délivrée à ce vaccin par l'ANSM**

Les stocks de vaccins adultes contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 40 microgrammes étant limités, l'ANSM a délivré le 22 mai 2017 une autorisation d'importation au vaccin contre l'hépatite B, FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml®. Conformément à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml®, ce vaccin sera réservé aux personnes ayant une insuffisance rénale (dont les patients pré-hémodialysés et hémodialysés) sur la base d'un schéma vaccinal comportant 4 doses.

La vente au détail et au public de FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® dans le cadre de cette autorisation d'importation, sera limitée aux seules PUI autorisées à l'activité de rétrocession au sein des établissements de santé disposant d'un centre de dialyse.

La mise à disposition de cette spécialité vaccinale devrait intervenir à compter du 15 juillet 2017. FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® sera pris en charge par l'assurance maladie sur la base de son prix d'achat par l'établissement, sans que la marge forfaitaire prévue à l'arrêté du 29 avril 2009, fixant la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur, ne soit appliquée.

3. **Suivi de la situation**

Les ARS sont chargées de coordonner et diffuser les informations relatives à ce dossier, de collecter les bilans des dispensations faites aux élèves et étudiants et d'assurer le suivi du dispositif.

Elles recueillent des difficultés rencontrées, les analysent et en cas de besoin d'appui, les transmettent au CORRUSS *via* l'application SISAC.

Une note DGS/DGOS complétera, le cas échéant, la présente instruction afin de préciser les modalités de gestion des stocks de vaccins adultes contre l'hépatite B (FENDRIX B 20 microgramme/0,5 ml® et autres) qui pourraient s'avérer nécessaires pendant la période de pénurie.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de la santé,
B. VALLET

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

Le secrétaire général,
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

MESSAGE TYPE DESTINÉ AUX ORGANISMES DE FORMATION ET AUX ÉLÈVES ET ÉTUDIANTS DES PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES, EN VUE DE LA RENTRÉE DE SEPTEMBRE 2017

Vous trouverez ci-après un message type à l'attention des directeurs d'instituts de formation paramédicaux comprenant le modèle d'information destiné aux étudiants.

Mesdames, Messieurs les directeurs d'organisme de formation,

Afin de faire face aux fortes tensions d'approvisionnement en vaccins contre l'hépatite B, un plan d'actions a été élaboré par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) visant à permettre la vaccination de tous les étudiants concernés avant début septembre 2017, selon un schéma vaccinal validé par le Haut Conseil de santé publique : administration de deux doses de vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® à un mois d'intervalle, la deuxième au plus tard un mois avant le départ en stage et une troisième dose administre après la fin de la pénurie.

Les étudiants des formations médicales et paramédicales visées par les arrêtés du 6 mars 2007 et du 2 août 2013 sont concernés. Pour les étudiants paramédicaux, la liste des professions est la suivante : infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures podologues, manipulateurs en électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire d'analyses médicales.

Pour cela, les étudiants non encore vaccinés (estimés à 60 % des effectifs au vu de la couverture vaccinale de cette tranche d'âge) seront parmi les populations prioritaires et des doses de vaccins leur seront réservées dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) habilitées (pas de doses disponibles en pharmacies d'officines ni en centres de santé).

En effet, afin de pouvoir maîtriser les stocks de vaccins, il a été décidé de limiter la délivrance aux PUI et de répartir les doses en fonction de l'implantation géographique des instituts (il n'était pas possible, au vu du délai contraint, de prendre en compte le lieu du domicile de l'étudiant).

Le tableau ci-joint indique, en regard de chaque centre de formation la PUI de référence où les étudiants devront se procurer les doses de vaccins.

Afin de fiabiliser le dispositif, les instituts transmettront la liste des étudiants inscrits en 1re année à leur PUI de référence, et les étudiants devront se rendre à la PUI munis du courrier de l'institut et d'une prescription de leur médecin traitant, afin que leur soient délivrées les doses vaccinales.

Il est donc indispensable qu'une information soit délivrée dans les plus brefs délais aux étudiants et élèves de vos organismes de formation, par votre intermédiaire, soit sous forme d'un encart à insérer dans un courrier de confirmation de leur inscription, soit dans un courrier spécifique. Vous trouverez ci-après un modèle de message aux étudiants.

Conscients de la charge de travail supplémentaire que cela occasionnera, nous vous remercions vivement pour votre collaboration.

Information destinée aux étudiants

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les étudiants avant le départ en stage. Or le vaccin connaît actuellement de fortes tensions d'approvisionnement et un plan a été élaboré par le ministère de la santé afin de permettre la vaccination de tous.

Aussi, si vous n'êtes pas encore vacciné, vous devez vous procurer les doses de vaccins auprès de la pharmacie à usage intérieur située à *(préciser l'adresse de la PUI de référence)*, en vous présentant muni du présent courrier et d'une prescription unique de votre médecin traitant pour deux doses de vaccin contre l'hépatite B dès le mois de juillet : en effet, la couverture vaccinale prévoit deux injections de vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® à un mois d'intervalle, la deuxième au plus tard un mois avant le début du premier stage.

L'administration des vaccins sera réalisée par votre médecin traitant, exceptionnellement, s'il y a lieu, par le service de santé au travail de votre lieu de stage.

Nous vous remercions de suivre ces consignes afin de permettre la vaccination de tous les étudiants en santé concernés.

SANTÉ

PHARMACIE

Pharmacie humaine

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la santé

Sous-direction politique des produits de santé
et de la qualité des pratiques et des soins

Bureau du médicament (PP2)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des produits de santé (1C)

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance des offreurs de soins

Bureau qualité et sécurité des soins (PF2)

Note d'information n° DGS/PP2/DGOS/PF2/DSS/1C/2017/72 du 2 mars 2017 relative à la vente au public et au détail, à titre dérogatoire et transitoire, par les pharmacies à usage intérieur autorisées des vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml® et HBVAXPRO 10 microgrammes®

NOR : *AFSP1706822N*

Date d'application : immédiate.

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 3 mars 2017. – N° 25.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente note a pour objet d'autoriser à titre dérogatoire et transitoire, compte tenu des tensions existant sur leur approvisionnement, la vente au public et au détail des vaccins ENGERIX 20 microgrammes/1 ml®, du laboratoire GLAXOSMITHKLINE et HBVAXPRO 10 microgrammes®, suspension injectable du laboratoire MSD Vaccins, par les pharmacies à usage intérieur autorisées, jusqu'au 28 févier 2018 au plus tard. Les doses disponibles sont réservées aux professionnels de santé et aux populations à risque figurant en annexe. La présente note prévoit par ailleurs leurs modalités de prise en charge par l'assurance maladie à ce titre et préconise la vaccination à l'occasion d'un séjour hospitalier des patients appartenant aux populations à risque ciblées dans l'avis du Haut Conseil de la santé publique.

Mots clés : vaccins – hépatite B – ENGERIX – HBVAXPRO – pénurie – vente au public et au détail.

Référence :

Avis du 14 février 2017 du Haut Conseil de la santé publique relatif aux tensions d'approvisionnement de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B.

Annexe : liste des professionnels pour lesquels la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire ou recommandée et des populations à risques identifiées par le Haut Conseil de la santé publique pour lesquelles cette vaccination est par ailleurs recommandée.

La ministre des affaires sociales et de la santé et le ministre de l'économie et des finances à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; copie à : Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé ; Monsieur le

directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; Monsieur le directeur général du Régime social des indépendants (RSI) ; Monsieur le directeur général de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA).

Les vaccins contre l'hépatite B, ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®, suspension injectable en seringue préremplie du laboratoire GLAXOSMITHKLINE et HBVAXPRO 10 microgrammes®, suspension injectable en seringue préremplie du laboratoire MSD Vaccins connaissent des tensions d'approvisionnement depuis janvier 2017. Ces tensions devraient perdurer au moins jusqu'en février 2018.

Le calendrier vaccinal définit les professionnels à risque élevé d'exposition pour lesquels la vaccination contre l'hépatite B est obligatoire ou recommandée en s'appuyant notamment sur les arrêtés du 6 mars 2007 et du 2 août 2013. La liste des professionnels à risque élevé d'exposition précités ainsi que les populations à risque pour lesquelles la vaccination contre l'hépatite B est recommandée par le Haut Conseil de la santé publique[1], figurent en annexe.

Dans cette situation de pénurie, il apparaît nécessaire de réserver les doses disponibles aux professionnels de santé et aux populations à risque figurant en annexe.

1. Conditions dérogatoires de mise à disposition des vaccins contre l'hépatite B

Afin de réserver les doses disponibles aux professionnels de santé et aux populations à risque figurant en annexe, à titre exceptionnel et dérogatoire, à compter de ce jour et jusqu'à ce que le marché français soit de nouveau approvisionné de façon satisfaisante en vaccins contre l'hépatite B et au plus tard le 28 février 2018, la vente au public et au détail ainsi que la dispensation des vaccins ENGERIX B 20 microgrammes/1 ml®, suspension injectable en seringue préremplie et HBVAXPRO 10 microgrammes®, suspension injectable en seringue, ne seront plus assurées par les pharmacies de ville mais uniquement par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé autorisées à vendre des médicaments au public.

Pendant cette période, ces vaccins seront pris en charge par l'assurance maladie à ce titre à 65 %, sur la base de leur prix d'achat par l'établissement, sans que toutefois celui-ci ne puisse excéder 12,97 € la seringue pour le vaccin ENGERIX B 20 microgrammes/1ml® et 12,32 € la seringue pour le vaccin HBVAXPRO 10 microgrammes®, sans que la marge forfaitaire prévue par l'arrêté du 27 avril 2009, fixant la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur, ne soit appliquée.

2. Recommandations relatives à la vaccination au cours d'un séjour hospitalier

Dans le cadre du circuit dérogatoire de distribution décrit précédemment il est souhaitable de faciliter la couverture vaccinale des patients présentant une des pathologies listées dans l'avis du Haut conseil de santé publique. Aussi lorsqu'un de ces patients est hospitalisé, il est demandé de procéder, si nécessaire, à la vaccination au cours du séjour hospitalier.

Les services de soins plus particulièrement concernés (dialyse, néphrologie, infectiologie,...) seront informés de cette recommandation.

Pour les ministres et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale, — *Le directeur général de la santé,*

T. Fatome — B. Vallet

Pour la directrice de l'offre de soins :

La cheffe de service,

K. Julienne

[1] Avis du Haut Conseil de la santé publique du 14 février 2017 relatif aux tensions d'approvisionnement de vaccins contre l'hépatite A et l'hépatite B

ANNEXE

PRIORITÉS POUR LA VACCINATION HÉPATITE B EN SITUATION DE TENSIONS D'APPROVISIONNEMENT

Les personnes qui dans le cadre de leur exercice professionnel sont soumises à l'obligation vaccinale doivent être vaccinées en priorité.

Notamment les professionnels de santé :

- les personnes qui, dans un établissement ou un organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exercent une activité professionnelle les exposant ou exposant les personnes dont elles sont chargées à des risques de contamination ;
- les élèves ou les étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé listées dans l'arrêté du 6 mars 2007 :
  - professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, pharmacien, sage-femme
  - autres professions de santé : infirmier, infirmier spécialisé, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, technicien en analyses biomédicales, assistant dentaire.

Les militaires à l'incorporation.

Les autres professions :

- secours : personnels des services de secours et d'incendie (SDIS).
- services funéraires :
  - personnels des entreprises de pompes funèbres, des entreprises de transports de corps avant mise en bière, en lien avec des établissements de prévention ou de soins ;
  - thanatopracteurs.
- social et médico-social :
  - personnels des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées ;
  - personnels des établissements et services d'hébergement pour adultes handicapés ;
  - personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées ;
  - personnels des services sanitaires de maintien à domicile pour personnes âgées ;
  - personnels des établissements de garde d'enfants d'âge préscolaire (crèches, halte-garderie…) ;
  - personnels des établissements et services sociaux concourant à la protection de l'enfance (dont les pouponnières) ;
- services aux particuliers : personnels des blanchisseries, en lien avec des établissements de prévention ou de soins.

Parmi les personnes non soumises à l'obligation vaccinale, les priorités sont les suivantes :

- dans le cadre professionnel les personnes susceptibles d'être en contact direct avec des patients et/ou d'être exposées au sang et autres produits biologiques, soit directement soit indirectement (manipulation et transport de dispositifs médicaux, de prélèvements biologiques, de linge, de déchets…) ;
- en dehors du cadre professionnel et en raison de l'importance de l'exposition au risque :
  - les nouveau-nés de mère porteuse de l'antigène HBs ;
  - les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples ;
  - les usagers de drogues par voie parentérale ;
  - les personnes amenées à résider en zones de moyenne ou de forte endémie pour l'hépatite B ;
  - les personnes dialysées ou présentant une insuffisance rénale chronique ;
  - les personnes candidates à une greffe d'organe, de tissus ou de cellules ;
  - les personnes de l'entourage d'une personne porteuse chronique de l'antigène HBs ;
  - les partenaires sexuels d'une personne infectée par le virus de l'hépatite B ou d'un porteur chronique de l'antigène HBs ;
  - les personnes détenues.

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

PREMIER MINISTRE

Secrétariat d'État chargé
des personnes handicapées

Arrêté du 13 juillet 2017 portant ouverture d'une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles en 2018

NOR : *SSAA1730465A*

La secrétaire d'État chargée des personnes handicapées,

Vu les articles D. 312-111 à D. 312-122 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu l'arrêté du 19 novembre 1997 modifié créant un certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles,

Arrête :

Article 1er

Une session d'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude à l'éducation et la rééducation de la locomotion auprès des personnes déficientes visuelles sera organisée en 2018. Cette session est ouverte aux candidats réunissant les conditions prévues par les dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé.

Article 2

Les épreuves de la première partie de cet examen se dérouleront du 10 au 12 janvier 2018 à Paris. Les épreuves de la deuxième partie se dérouleront du 26 au 29 juin 2018 à Paris, à l'exception de l'épreuve pratique intitulée « séquence réelle avec une personne handicapée de la vue » qui se déroulera du 6 au 22 juin 2018 dans l'établissement dans lequel le candidat aura effectué son stage.

Article 3

Les dossiers de candidature devront être adressés, par l'intermédiaire des directeurs d'établissement ou des centres de formation, au secrétariat d'État chargé des personnes handicapées, direction générale de la cohésion sociale, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours de vie des personnes handicapées (DGCS/3b), 14, avenue Duquesne, 75350 Paris 07 SP.

La date de clôture des inscriptions est fixée au 29 novembre 2017.

Le mémoire prévu à l'article 8 de l'arrêté du 19 novembre 1997 susvisé devra parvenir, en sept exemplaires et en version électronique, à l'adresse mentionnée ci-dessus au plus tard le 11 juin 2018 avant midi.

Article 4

Le directeur général de la cohésion sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté, dont une mention sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité.

Fait le 13 juillet 2017.

Pour la secrétaire d'État
chargée des personnes handicapées :
La sous-directrice de l'autonomie
des personnes handicapées et des personnes âgées,
N. Cuvillier

SOLIDARITÉS

PROFESSIONS SOCIALES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction des professions sociales,
de l'emploi et des territoires

Bureau des professions sociales

Instruction n° DGCS/SD4A/2017/189 du 20 juin 2017 relative au certificat de spécialité complémentaire du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social

NOR : *SSAA1716425J*

Date d'application : immédiate.

Examinée par le COMEX JSCS le 27 juin 2017.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction a pour objet de préciser les dispositions permettant aux directions régionales (départementales) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DR(D)JSCS) de délivrer et d'identifier les certificats de spécialités complémentaires du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES).

Mots clés : diplômes d'État du travail social – diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social – certificat de spécialité complémentaire.

Références :

Décret n° 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire) ;

Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social.

Annexe : maquette du certificat de spécialité complémentaire du diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social.

La ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; copie à : Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames les directrices et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale d'outrer-mer.

1. Le DEAES et le certificat de spécialité complémentaire

Pour mémoire, le diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (DEAES) est un diplôme générique et transversal, composé d'un socle commun et de 3 spécialités correspondant à un des 3 champs d'intervention spécifiques :

– « Accompagnement de la vie à domicile » ;
– « Accompagnement de la vie en structure collective » ;
– « Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire ».

Le DEAES est délivré, avec mention de la spécialité, par le préfet de région au nom du ministère chargé des affaires sociales.

Par ailleurs, en vertu de l'article 1 du décret nº 2016-74 du 29 janvier 2016 relatif au DEAES et modifiant le code de l'action sociale et des familles (partie réglementaire), les titulaires du DEAES peuvent acquérir un certificat de spécialité complémentaire. Il peut aussi être obtenu par les titulaires d'un diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) ou de la mention complémentaire aide à domicile (MCAD), qui, de droit, sont titulaires du DEAES dans la spécialité « accompagnement de la vie à domicile » et les titulaires d'un diplôme d'État d'aide médico-psychologique (DEAMP) ou du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-médico psychologique (CAFAMP) qui, de droit, sont titulaires du DEAES dans la spécialité « accompagnement à la vie en structure collective ».

Ils doivent suivre pour cela un parcours de formation de 147 heures de formation théorique concernant cette spécialité et de 175 heures de formation pratique, sur un terrain professionnel en rapport avec la spécialité souhaitée.

Le candidat est exempté des épreuves d'admission en formation. Il doit cependant se présenter à un entretien de motivation avec le responsable pédagogique de la formation. Lors de cet entretien, il fournira l'original du diplôme qui permettra au responsable pédagogique de s'assurer qu'il est bien titulaire du DEAES ou de l'un des diplômes et certificats précédemment cités, et qu'à ce titre il peut prétendre au certificat de spécialité complémentaire.

L'épreuve de certification est une soutenance orale qui prend appui sur un dossier de pratique professionnelle, de 10 à 15 pages, rédigé par le candidat en lien avec la spécialité choisie. Le dossier présente les modalités d'intervention de l'accompagnant éducatif et social au quotidien et s'articule autour des quatre domaines de compétence du DEAES. Cette épreuve de certification est organisée par et au sein de l'établissement de formation. Le groupe d'examinateurs, composé à parité de formateurs et de professionnels, est choisi par l'établissement de formation.

2. **Délivrance du certificat de spécialité complémentaire**

Les DR(D)JSCS sont chargées de délivrer le certificat de spécialité complémentaire après validation de la liste des admis soumise au jury plénier. Le modèle unique est présenté en annexe de la présente instruction. Il doit impérativement être utilisé par l'ensemble des DR(D)JSCS. Contrairement au DEAES, il n'y a pas lieu de s'adresser à l'imprimerie nationale pour commander le certificat de spécialité complémentaire.

La délivrance du certificat de spécialité complémentaire ne sera pas gérée, à court terme, par le logiciel ODESSA+. À la demande de certaines DR(D)JSCS, mes services transmettront par mail un tableau type que vos équipes pourront utiliser pour l'inscription des candidats et ainsi permettre un publipostage en vue de la délivrance au candidat de son certificat de spécialité complémentaire.

Le jury plénier ne peut en aucun cas rattraper une note inférieure à 9/20.

3. **Identification du certificat de spécialité complémentaire**

Une attention particulière devra être portée à l'écriture de la spécialité complémentaire, en toutes lettres, par publipostage :

– « Accompagnement de la vie à domicile » ;
– « Accompagnement de la vie en structure collective » ;
– « Accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire ».

Par ailleurs, vous utiliserez l'identification suivante du numéro de certificat :

1. Le numéro du département du certificateur :

Exemple : Nouvelle Aquitaine, site de Bordeaux : « 33 ».

2. L'année de délivrance du certificat (les 2 derniers chiffres de l'année) :

Exemple : 2017 : « 17 ».

3. Le certificat de spécialité (afin de le distinguer du diplôme) : « CS ».

4. La spécialité acquise :

Exemples :

– « VD » pour accompagnement de la vie à domicile ;
– « SC » pour accompagnement de la vie en structure collective ;
– « ED » pour accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire.

5. Le numéro d'ordre du certificat de spécialité complémentaire avec 3 chiffres :

Exemple : 001, 002, 003, etc.

À noter qu'en début de chaque année, le numéro d'ordre du certificat est remis à zéro puisque l'on change d'année : on passe de « 17 » (2017) à « 18 » (2018).

Ce qui donnera pour le premier certificat de spécialité complémentaire « accompagnement de la vie à domicile » obtenu à Bordeaux en 2017 : 3317CSVD001.

Pour la ministre et par délégation :
Le directeur général de la cohésion sociale,
J.-P. VINQUANT

ANNEXE

MAQUETTE DU CERTIFICAT DE SPÉCIALITÉ COMPLÉMENTAIRE DU DIPLÔME D'ÉTAT D'ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE CHARGÉ DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

CERTIFICAT DE SPECIALITÉ COMPLÉMENTAIRE
DU DIPLÔME D'ÉTAT D'ACCOMPAGNANT ÉDUCATIF ET SOCIAL

Le certificat de spécialité complémentaire « _____ »[1]
est attribué en application de l'arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social
à M. _____
Né(e) le _____, à _____
N° de certificat _____

Titulaire du _____[2]
délivré le _____à _____ par _____
N° de diplôme _____[3]

Fait à _____, le _____

Le préfet de région
_____

[1] « Accompagnement de la vie à domicile », « accompagnement de la vie en structure collective », « accompagnement à l'éducation inclusive et à la vie ordinaire »

[2] Diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social avec mention de la spécialité ; Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale ; Diplôme d'Etat d'Aide Médico Psychologique ; Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile ou d'aide médico-psychologique, Mention complémentaire aide à domicile.

[3] Sauf pour la Mention complémentaire aide à domicile (MCAD)

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

CNG
Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Bureau de gestion
des directeurs d'hôpital
et des directeurs des soins

Bureau de gestion
des directeurs d'établissements
sanitaires sociaux et médico-sociaux

Instruction nº CNG/DGD/BDH-DS/BD3S/2017/200 du 15 juin 2017 relative à l'évaluation et à la prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi nº 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière au titre de l'année 2017

NOR : *SSAN1717734J*

Date d'application : immédiate.

Validée par le comité national de pilotage le 12 mai 2017. – Visa CNP 2017-68.

Examinée par le COMEX JSCS le 8 juin 2017.

Résumé : évaluation et prime de fonctions et de résultats des directeurs d'hôpital, des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière des établissements relevant de l'article 2 (1º à 7º) de la loi nº 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée.

Mots clés : entretien d'évaluation – évaluation des directeurs de la fonction publique hospitalière – objectifs – régime indemnitaire – support d'évaluation.

Références :

Loi nº 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret nº 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière ;

Décret nº 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 (1º et 7º) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée ;

Décret nº 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière ;

Décret nº 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée.

Décret nº 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 9 mai 2012 modifié le 9 octobre 2015 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs(trices) de soins de la fonction publique hospitalière ;

Arrêté du 9 mai 2012 fixant la liste des indemnités relevant des exceptions prévues à l'article 7 du décret nº 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs(trices) de soins de la fonction publique hospitalière ;

Circulaire nº DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifiée le 9 octobre 2015 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Annexes :

Annexe I. – Guide de l'évaluation.

Annexe II. – Prime de fonctions et de résultats (PFR).

Annexe III. – Support d'évaluation DH/D3S.

Annexe IV. – Support d'évaluation DS.

Annexe V. – Modèles de notification.

Annexe VI. – Calendrier de l'entretien évaluation.

Plan de l'instruction

I. – Autorités compétentes

II. – Périodicité et mise en œuvre

III. – Recours

IV. – Bilan

V. – Retour des supports d'évaluation

La directrice générale à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information et mise en œuvre) ; copies à : Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux et départementaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale et de la protection des populations ; Mesdames et Messieurs les directeurs départementaux de la cohésion sociale.

Le principe de l'évaluation des directeurs de la fonction publique hospitalière, exerçant leurs fonctions dans les établissements relevant de l'article 2 (1º à 7º) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, est régi par les textes visés en référence.

La présente instruction concerne l'ensemble des directeurs de la fonction publique hospitalière, conformément à l'article 3 du décret nº 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié. Elle précise les modalités d'application des dispositions réglementaires.

Il est rappelé que les directeurs détachés ou mis à disposition sont concernés par la présente instruction.

Elle comporte six annexes : l'annexe I est consacrée au guide de l'évaluation, l'annexe II à la prime de fonctions et de résultats (PFR), les annexes III et IV aux supports d'évaluation, l'annexe V aux modèles de notification de la PFR et l'annexe VI au calendrier de l'entretien d'évaluation.

I. – AUTORITÉS COMPÉTENTES

Les autorités compétentes pour conduire les entretiens d'évaluation et déterminer le régime indemnitaire sont :

A. – Pour les directeurs(trices) d'hôpital

– Le (la) directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (DGARS) pour les directeurs(trices) chefs d'établissement sur emplois fonctionnels ou non, des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée, après avis du (de la) président(e) du conseil de surveillance (ou du conseil d'administration).

Il peut charger les responsables des délégations territoriales ou l'un de ses principaux collaborateurs de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

Compte tenu de la place particulière au plan territorial des CHR/CHU et des établissements classés emploi fonctionnel, il est demandé au DGARS. de conduire personnellement l'ensemble de leurs entretiens d'évaluation. En effet, ceux-ci lui permettent d'avoir une vision globale de l'offre de soins hospitalière au niveau de sa région et sont à mettre en perspective du renouvellement quadriennal de détachement en ce qui concerne les emplois fonctionnels.

Pour le cas où un établissement social relevant de la compétence du préfet serait dans le cadre d'une direction commune associé avec un établissement public de santé, il appartient au directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé concernée de conduire les entretiens d'évaluation, après avis du (de la) président(e) du conseil de surveillance ou du conseil d'administration.

– Le (la) directeur(trice) général(e) ou le directeur(trice) chef d'établissement pour les directeurs(rices) adjoints(es) sur emplois fonctionnels ou non. Le (la) directeur(trice) général(e) de CHR/CHU peut charger le secrétaire général ou le (la directeur(trice) général(e) adjoint(e) ou le (la) directeur(trice) de groupe hospitalier/sous-directeur(trice) (à l'AP/HP) de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

B. – Pour les directeurs(trices) d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux

– Le (la) directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (DGARS) pour les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

  Il peut charger les responsables des délégations territoriales ou l'un de ses principaux collaborateurs en charge du secteur médico-social, de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

  Pour le cas où un établissement social relevant de la compétence du préfet serait dans le cadre d'une direction commune associé avec un établissement public de santé, il appartient au directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé concernée de conduire les entretiens d'évaluation, après avis du président du conseil de surveillance ou du conseil d'administration.

– Le (la) représentant(e) de l'État dans le département, pour les établissements mentionnés aux 4° et 6° de l'article 2 de la même loi (établissements publics ou à caractère public relevant des services de l'aide sociale à l'enfance, maisons d'enfants à caractère social et centres d'hébergement et de réadaptation sociale).

  Le préfet de département peut confier cette mission au directeur départemental en charge de la cohésion sociale ou à un de ses proches collaborateurs, sous réserve d'une délégation expresse.

  Pour le cas où un établissement social relevant de la compétence du préfet serait dans le cadre d'une direction commune associé avec un établissement public de santé ou médico-social, il appartient au (à la) directeur(trice) général(e) de l'ARS concernée de conduire l'entretien d'évaluation du chef d'établissement de la direction commune, après avis des présidents(es) des assemblées délibérantes.

– Le (la) directeur(trice) général(e) ou le (la) directeur(trice), chef d'établissement pour les directeurs(trices) adjoints(es).

– Le (la) directeur(trice) général(e) ou le directeur(trice) chef d'établissement pour les directeurs(trices) adjoints(es) sur emplois fonctionnels ou non. Le (la) directeur(trice) général(e) de CHR/CHU peut charger le (la) secrétaire général(e) ou le (la) directeur(trice) général(e) adjoint(e) ou le (la) directeur(trice) de groupe hospitalier/sous-directeur(trice) (à l'AP/HP) de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet.

C. – Pour les directeurs(trices) de soins

– Le (la) directeur(trice), chef d'établissement :

  Sur délégation expresse, le chef d'établissement peut demander à un(e) directeur(trice) adjoint(e) ou à un coordonnateur(trice) général(e) des soins ou d'instituts de formation ayant autorité sur des directeurs(trices) des soins de conduire leur entretien d'évaluation ;

– Le (la) directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (ARS) pour les directeurs(trices) des soins exerçant les fonctions de conseiller(ère) technique et/ou de conseiller(ère) pédagogique mis(e) à disposition des agences régionales de santé.

– Le ministère chargé de la santé (DGOS) pour ce qui concerne les conseillers(ères) techniques et/ou pédagogiques nationaux.

D. – Pour les personnels de direction mis à disposition ou détachés

D'une manière générale, l'évaluation est placée sous la responsabilité de l'autorité hiérarchique de l'organisme d'accueil, l'établissement d'origine en est informé. Les modalités relèvent des règles

de l'organisme ou de l'administration d'accueil. La transmission au CNG est indispensable dans les délais indiqués, pour le suivi de la carrière et pour l'avancement de grade qui nécessite une proposition formelle de l'évaluateur(trice).

L'évaluation des agents mis à disposition à temps partiel (quotité de travail jusqu'à 50 %) est réalisée par l'autorité hiérarchique de l'établissement d'origine. L'organisme d'accueil peut établir un rapport sur la manière de servir de l'agent dans le cadre de sa mise à disposition.

II. – PÉRIODICITÉ ET MISE EN ŒUVRE

La périodicité retenue pour les entretiens d'évaluation est annuelle. Compte tenu de la nécessité d'analyser les résultats de l'année en cours et de fixer les objectifs des personnels de direction au titre de l'année à venir, l'évaluation doit être réalisée, au plus tard, le 19 septembre 2017.

J'appelle tout particulièrement votre attention sur la décision n° 383220 en date du 25 novembre 2015 du Conseil d'État qui a rappelé les obligations en matière de gestion statutaire et de tenue des dossiers administratifs des agents. En l'espèce, il relève de la compétence du Centre national de gestion d'imposer la tenue des entretiens d'évaluation et de s'assurer de la transmission des supports dans les délais impartis afin d'éviter tout préjudice dans la carrière des personnels concernés.

En cas de manquement à cette obligation, la responsabilité de l'évaluateur(trice) peut être engagée et, en application de cette jurisprudence, il est de ma responsabilité d'user de tous les moyens mis à ma disposition, y compris, s'agissant des chefs d'établissement, de mon pouvoir disciplinaire afin de faire respecter cette procédure.

L'entretien d'évaluation se déroule sur la base de documents annexés à la présente instruction qui devront être transmis à l'ensemble des évaluateurs(trices), par les directeurs(trices) généraux(ales) des agences régionales de santé (DGARS) ou par l'autorité compétente de l'État dans le département.

Pour permettre aux deux parties de préparer l'entretien d'évaluation, la date de celui-ci est fixée d'un commun accord et les documents de l'évaluation sont transmis au moins quinze jours à l'avance.

L'évalué(e) devra faire retour de ces documents au moins une semaine avant l'entretien d'évaluation.

En ce qui concerne les chefs d'établissement, l'avis du (de la ou des) président(es) du conseil de surveillance ou conseil(s) d'administration (Fiche B) doit être sollicité au préalable et communiqué au chef d'établissement concerné avant l'entretien d'évaluation.

L'entretien se déroule impérativement sans présence d'un tiers.

À l'issue de l'entretien d'évaluation, l'évaluateur(trice) doit indiquer au (à la) directeur(trice) concerné(e) le coefficient de la part liée aux résultats de la prime de fonctions et de résultats (PFR), qui doit nécessairement être en adéquation avec l'évaluation réalisée. Ce coefficient et le montant de la part liée aux résultats correspondant font impérativement l'objet d'une notification individuelle (suivant le modèle figurant en annexe V) transmise dans le délai d'un mois par l'évaluateur(trice). Une copie est adressée au CNG.

Font l'objet d'une évaluation les directeurs(trices) (chefs d'établissement et directeurs(trices) adjoints[es]), les directeurs(trices) des soins justifiant d'une durée de présence effective suffisante au cours de l'année pour permettre à son supérieur hiérarchique direct d'apprécier sa valeur professionnelle. Cette durée doit être appréciée au cas par cas suivant les circonstances de l'espèce (CE 5 février 1975, n° 92802 ; CE 3 septembre 2007, n° 284954).

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation intervient au 1er juillet de l'année considérée, l'autorité en charge de l'évaluation est celle compétente pour les six premiers mois de l'année. Les objectifs pour l'année à venir seront fixés par le(la) nouvel(le) évaluateur(trice).

Il est rappelé que l'évaluation ne doit pas porter sur la situation de l'établissement mais uniquement sur les compétences et le bilan de l'activité de l'évalué(e), au cours de la période considérée. À cet effet, il convient, d'une part, de dresser le bilan de l'année écoulée au regard des objectifs précédemment fixés et, d'autre part, de fixer à l'évalué(e) des objectifs clairs, précis et réalistes, pour l'année à venir.

De plus, pour les personnels remplissant les conditions d'accès aux tableaux d'avancement de grade (directeur[trice] d'hôpital, directeur[trice] d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et directeur[trice] des soins), il est indispensable de compléter la proposition d'inscription figurant sur la fiche B3 du support d'évaluation, en appuyant cette proposition (ou non-proposition) d'un avis motivé.

S'agissant des promotions aux tableaux d'avancement à la classe exceptionnelle et aux échelons spéciaux du grade de directeur(trice) d'hôpital, vous serez prochainement destinataires d'une instruction spécifique.

III. – RECOURS

La signature du support d'évaluation par l'évalué(e) est impérative dans le délai de 7 jours après la remise du support complété par l'évaluateur(trice) ; elle signifie que l'évalué(e) a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Dès lors qu'il (elle) l'a signé, l'évalué(e) a la possibilité d'en demander la révision.

L'évalué(e) peut également, dès notification, demander la révision de la part résultats de son régime indemnitaire.

Dans ce cas, l'évalué(e) présente un recours devant la commission administrative paritaire nationale (CAPN), sous couvert de l'évaluateur(trice). Ce recours est effectué sans préjudice du recours gracieux, effectué directement auprès de l'évaluateur(trice), lequel ne suspend pas le délai prévu pour le recours devant la CAPN.

Sa requête doit indiquer précisément les éléments d'appréciation dont la suppression ou la modification est demandée ou indiquer de façon motivée la réévaluation du coefficient demandé.

Elle doit être présentée dans les deux mois suivant la date de signature des supports d'évaluation par l'évalué(e) et/ou de la notification de coefficient de la part résultats, à peine de forclusion, et formulée par lettre adressée au (à la) président(e) de la CAPN. sous couvert de l'évaluateur(trice). Ce dernier transmet la demande au Centre national de gestion (département de gestion des directeurs, bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins ou bureau de gestion des directeurs des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux). La demande de recours doit être accompagnée de la copie de l'évaluation signée.

Qu'il s'agisse d'un recours concernant l'évaluation, d'un recours concernant le coefficient de la part liée aux résultats ou enfin d'un recours concernant tant l'évaluation que le coefficient de la part liée aux résultats, l'évalué(e) est invité(e) à transmettre directement un double de sa demande au Centre national de gestion, département de gestion des directeurs, bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins ou bureau de gestion des directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin de ne pas retarder le processus de saisine de l'instance paritaire. Ce dernier recevra alors un accusé de réception lui notifiant l'engagement du processus.

Le recours est présenté devant la CAPN. correspondant à son grade, l'avis qu'elle a formulé est transmis à l'évaluateur(trice) qui doit notifier sa décision à l'évalué(e) et l'informer des voies de recours. Une copie de cette notification est impérativement transmise au centre national de gestion pour information de la CAPN.

Il est à noter que la part liée aux fonctions de la PFR ne peut faire l'objet d'un recours devant la CAPN. Néanmoins, elle peut faire l'objet d'un recours gracieux devant l'autorité compétente, voire d'un recours contentieux.

IV. – BILAN

Un bilan de la campagne d'évaluation et un bilan de l'attribution de la prime de fonctions et de résultats sont présentés au comité consultatif national des directeurs.

V. – RETOUR DES SUPPORTS D'ÉVALUATION

Les supports d'évaluation finalisés et signés (dossier CNG) devront être transmis exclusivement par voie postale à l'adresse suivante :

Centre national de gestion

Département de gestion des directeurs

Bureau de gestion des directeurs d'hôpital et des directeurs des soins

ou Bureau de gestion des directeurs d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux

21B, rue Leblanc

75015 Paris

accompagnés d'une copie des notifications des montants de la part liée aux fonctions et aux résultats pour l'année considérée.

L'évaluation ayant été réalisée au plus tard avant le 19 septembre 2017, chaque évaluateur(trice), compte tenu des éventuels recours qui peuvent intervenir devant la CAPN doit renvoyer expressément les supports d'évaluation (fiches A, A [suite], B, B1, B1 [suite], B2, B3, C) et les notifications de la PFR pour le 20 octobre 2017 dernier délai.

À cet égard, votre attention est notamment appelée sur la nécessité de respecter impérativement ce délai afin de permettre au CNG de préparer entre autres, le tableau d'avancement à la hors classe pour l'année 2018 (sur la base des éléments contenus dans la fiche B3), qui doit être présenté, pour avis, à la CAPN avant le 31 décembre 2017. Le respect du délai permet également d'assurer la bonne gestion des carrières des intéressés(ées) en vue des mobilités futures ou de repositionnement professionnel ainsi que l'établissement du bilan annuel réglementaire mentionné au IV.

Le CNG reste à votre disposition pour toute demande d'information complémentaire ou difficultés rencontrées à l'occasion de la mise en œuvre de la présente instruction.

Le secrétaire général,
P. Ricordeau

La directrice générale
du Centre national de gestion,
D. Toupillier

ANNEXE I

GUIDE DE L'ÉVALUATION

I. – PRINCIPES GÉNÉRAUX ET OBJECTIFS

L'entretien d'évaluation vise à apprécier la valeur professionnelle du directeur(trice) dans l'emploi qu'il occupe. Il doit se concevoir comme un moyen d'expression reposant sur une écoute réciproque et constructive et se situant dans un climat de confiance et de respect mutuel. Il est également rappelé que l'entretien doit impérativement se dérouler sans la présence d'un tiers.

Trois objectifs sont essentiellement recherchés lors de la mise en œuvre de l'évaluation :

– l'appréciation des résultats annuels constatés en fonction d'objectifs convenus antérieurement et, à cette occasion, la détermination précise des compétences et des qualités professionnelles du personnel évalué, compte tenu de la complexité du contexte professionnel de l'établissement, et plus particulièrement du contexte d'exercice en fonction du poste occupé ;

– la détermination et la fixation des objectifs à atteindre, pour l'année à venir, après discussion avec l'évalué(e) ;

– le conseil, l'orientation et l'accompagnement du professionnel en fonction de ses intérêts et compétences et des besoins de l'institution qui l'emploie, de ses perspectives d'évolution professionnelle et de ses besoins en formation.

L'évaluation s'appuie donc sur la valorisation individuelle du directeur(trice) tout au long de sa carrière pour tendre vers une gestion des emplois et des compétences plus dynamique. Elle constitue un outil de communication et de gestion qui implique à la fois l'évaluateur(trice) et l'évalué(e).

L'évaluateur(trice) peut, dans ce cadre, apprécier, notamment au travers des entretiens individuels qu'il mène, les qualités professionnelles des directeurs(trices), leur efficacité et leurs motivations. Il prend en compte leurs attentes dans le souci d'une adéquation réussie entre leurs compétences et le profil du poste occupé. À cette occasion, il peut détecter les capacités de l'évalué(e) à évoluer vers d'autres fonctions et/ou d'autres métiers.

C'est, par ailleurs, lors de l'entretien d'évaluation, que l'évaluateur(trice) détermine les capacités de l'évalué(e) à être promu(e) au grade supérieur.

L'évaluation doit donc porter non sur la situation de l'établissement mais sur la gestion du directeur(trice) et sur la part revenant à sa gestion dans la situation, bonne ou mauvaise, de la structure. Il importe donc que soient fixés aux personnels de directions (chef d'établissement ou adjoints) et aux directeurs(trices) des soins, des objectifs clairs et réalisables dans le contexte, permettant d'en évaluer le bilan en fin d'exercice.

L'évalué(e) a la possibilité de s'exprimer de manière approfondie dans un cadre formalisé.

L'évaluation doit lui permettre de mesurer ses aptitudes, ses compétences et ses potentiels afin de les améliorer de manière continue. Elle le rend plus impliqué dans les modalités et l'accomplissement de ses missions. Elle permet de garder la trace des missions réalisées. Elle est un point d'appui pour son orientation et son évolution professionnelle. Elle doit être également l'occasion pour l'évaluateur(trice) d'accompagner le (la) directeur(trice) évalué(e) dans cette évolution.

L'évaluation présente l'intérêt pour tous les directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux et directeurs des soins d'apprécier de manière objective le contexte dans lequel ils accomplissent leurs missions, dans le respect d'objectifs individuels et collectifs s'inscrivant dans la politique menée par l'établissement. C'est donc bien le (la) directeur(trice) qui est évalué(e) au travers de sa contribution professionnelle et de son engagement personnel, et non l'établissement au sein duquel il exerce.

L'évaluation doit être sincère et menée avec un grand souci d'objectivité. L'évaluateur(trice) est également évalué(e) sur la manière dont il conduit l'évaluation des directeurs(trices) qui relèvent de son autorité.

II. – CONTENU DU DOSSIER D'ÉVALUATION

2.1. **Présentation du support**

Il s'appuie sur deux documents :

– les fiches préparatoires à l'entretien d'évaluation : fiches 1 et 2. Elles concernent le bilan de l'année passée et les objectifs pour l'année à venir. Elles servent à préparer l'entretien d'évaluation de l'année suivante. Elles peuvent être transmises au CNG et produites, le cas échéant, lors d'un recours devant la commission administrative paritaire nationale ;

– le dossier « CNG » qui regroupe les fiches A, A (suite), B, B1, B1 (suite), B2, B3 et C. Elles constituent le compte rendu d'évaluation. Une copie de celles-ci est conservée par l'évaluateur(trice) et l'évalué(e). L'original est transmis au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

S'agissant du calendrier des opérations, il convient de se reporter à la fiche « calendrier de l'entretien d'évaluation » (annexe VI).

Il s'agit d'une obligation réglementaire pouvant engager la responsabilité de l'évaluateur(trice). À défaut de transmission de l'évaluation, la directrice générale du CNG peut engager les moyens mis à sa disposition afin de faire respecter cette procédure.

2.2. **Description du poste occupé par l'agent et principales actions menées au cours de la période évalué(e) – Fiche A *(suite)***

Ces rubriques sont remplies par l'évaluateur(trice) de façon précise et concise. Elles permettent de situer le (la) directeur(trice) dans l'emploi qui lui est confié et constituent un élément d'aide à la définition de son degré de responsabilité dans l'accomplissement des missions de l'établissement.

Elles permettent également à l'évalué(e) de mettre en perspective son activité et son environnement de travail, les moyens qui lui sont alloués et donc d'objectiver les conditions dans lesquelles il a exercé ses missions pour l'année écoulée.

2.3. **L'évaluation des résultats professionnels – Fiches B1 et B1 *(suite)***

L'évaluateur(trice) doit apprécier les résultats atteints, les réussites ou les insuffisances ainsi que les raisons qui sont à l'origine des éventuels écarts avec les résultats attendus. Ces derniers sont ceux définis au regard des objectifs fixés pour l'année en cours lors de l'entretien de l'année précédente.

À l'issue de l'entretien, le coefficient de la part résultats doit être communiqué à l'évalué(e). Ce coefficient ainsi que le montant de la part résultats sont notifiés dans un délai d'un mois, à l'évalué(e), suivant le modèle en annexe V.

2.4. **La détermination des objectifs de l'année à venir – Fiche 2**

L'évalué(e) se voit fixer des objectifs annuels qui se situent dans le cadre des objectifs de l'établissement.

Les objectifs ne doivent pas être confondus avec les tâches à accomplir. Ils doivent donc être peu nombreux et fixés en fonction des actions prioritaires.

Ils doivent être clairs et réalistes, c'est-à-dire :

– mesurables : les résultats seront quantifiables (indicateurs) ou observables (compétences) ;

– accessibles : tant en terme de niveau de responsabilités, de compétences, que de moyens attribués ;

– discutés : ils ne sont pas juridiquement et statutairement négociés. Ils résultent d'un échange entre l'évaluateur(trice) et l'évalué(e) ;

– réalisables : en terme de délais, de calendrier de mise en œuvre et de modalités d'évaluation, des moyens mis à disposition et du contexte de l'établissement.

Ces objectifs s'articulent autour des missions principales confiées. Ils concernent les priorités d'action pour l'année à venir, l'évolution éventuelle des fonctions, des attributions, ou des tâches de l'évalué(e) et les résultats qui lui sont demandés d'atteindre. Ils peuvent aussi inclure des objectifs d'amélioration de l'activité et des pratiques professionnelles attendues.

2.5. **Souhaits d'évolution professionnelle et/ou de mobilité (Fiche C)**

L'évalué(e) indique ses vœux d'évolution professionnelle et/ou de mobilité pour les deux prochaines années. Cependant, l'expression de souhaits de mobilité géographique de l'évalué(e) dans le support d'évaluation ne se substitue pas aux procédures existant en matière de mutation des personnels de direction et des directeurs(trices) des soins.

Pour autant, la mobilité ne doit pas avoir, pour l'évalué(e), un caractère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du coefficient de sa part liée aux résultats et pour la proposition au grade d'avancement.

L'évaluateur(trice) peut apprécier les qualités professionnelles dominantes de l'évalué(e) et formuler les appréciations et conseils qui lui semblent utiles.

Il définit avec l'intéressé(e), de manière précise, les fonctions qu'il doit exercer de façon à procéder à un rapprochement avec les compétences qu'il a acquises du fait de son expérience passée et avec celles qui lui seront nécessaires pour son évolution professionnelle.

À cette occasion, l'évaluateur(trice) se doit également d'identifier les points sur lesquels il lui paraît utile que le directeur(trice) renforce particulièrement son effort. Il s'agit ainsi de déceler les compétences qui pourraient être développées, notamment au travers de formations.

2.6. **Observations éventuelles de l'évalué(e) sur la conduite de l'entretien**

L'évaluateur(trice) est tenu d'adresser à l'évalué(e) le support signé dans un délai ne pouvant excéder 15 jours.

L'évalué(e) dispose d'un délai de 7 jours ouvrés et hors congés de toute nature à compter de la remise du document, afin de formuler ses remarques éventuelles et le signer pour attester qu'il en a pris connaissance. Il n'est donc pas tenu de signer le compte rendu d'entretien dès sa remise par l'évaluateur(trice).

2.7. **Changement de situation en cours d'année**

Dans le cas où un(e) directeur(trice) quitte son poste en cours d'année, il (elle) est évalué(e) au titre de l'établissement où sa durée d'affectation a été la plus longue.

Dans l'hypothèse où un changement de fonction ou d'affectation de l'évalué(e) intervient au 1er juillet de l'année *N*, l'autorité en charge de l'évaluation est celle qui était compétente pour les six premiers mois de l'année.

Dans l'hypothèse d'un changement d'affectation de l'évaluateur(trice), il appartient à la nouvelle autorité compétente de procéder à l'évaluation et s'il le souhaite de se rapprocher de son prédécesseur.

Dans le cas où un(e) directeur(trice) ne peut être évalué(e), il appartient à l'évaluateur(trice) d'apprécier les objectifs atteints et les résultats obtenus afin de déterminer un coefficient de part résultats au vu de son temps de présence. Il en va de même pour un personnel arrivant nouvellement dans le corps.

2.8. **Conséquences de l'évaluation sur le régime indemnitaire – Fiche B2**

La fixation de la part liée aux résultats allouée aux directeurs(trices) doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de ces derniers.

La cotation de cette part liée aux résultats et son montant correspondant doivent impérativement être communiqués à l'évalué(e) à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par une notification (*cf.* modèle joint en annexe V) dans le délai d'un mois par l'évaluateur(trice). Une copie de la notification est systématiquement communiquée au CNG avec le dossier d'évaluation.

La part liée aux résultats peut comprendre, au titre d'une année, le versement d'une attribution annuelle exceptionnelle, non reconductible automatiquement d'une année sur l'autre.

En cas de mobilisation des jours placés au compte épargne-temps, l'évalué(e) conserve le régime indemnitaire, même si son absence précède un départ, notamment en retraite, tant pour la part relative aux fonctions que pour la part résultats.

2.9. **Proposition d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe (Fiches B3)**

A. – Pour les directeurs(trices) d'hôpital

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 21 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 modifié portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction. Celles-ci sont les suivantes :

– avoir atteint le 6e échelon du grade de la classe normale et justifier de quatre années de services effectifs dans le corps ;

– avoir effectué deux changements d'affectation depuis l'accès dans le corps, dont au moins un changement d'établissement.

Toutefois, lorsque le changement d'affectation conduit à un changement de région administrative, un seul changement d'affectation est requis.

Les périodes de détachement, les périodes de mise à disposition d'une quotité au moins égale à 50 %, d'une durée supérieure à douze mois sont prises en compte.

Les périodes de détachement ou de mise à disposition d'une durée supérieure à douze mois accomplies, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées comme un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Si cette condition n'est pas remplie, le comité de sélection mentionné à l'article 16 du présent décret statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un tel changement d'affectation.

Les périodes de disponibilité ayant donné lieu à une activité professionnelle font également l'objet d'un examen du comité de sélection qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation, soit au sens de l'article 2 (1° et 7°) de la loi du 9 janvier 1986, soit au sens d'un changement de région administrative.

Les directeurs(trices) d'hôpital qui assurent, ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou à une fusion d'établissements mentionnés à l'article 2 (1° et 7°) de la loi du 9 janvier 1986 modifiée sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle.

B. – Pour les directeurs(trices) d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 22 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié. Celles-ci sont les suivantes :

– avoir atteint le 5e échelon du grade de la classe normale et justifier de cinq années de services effectifs dans le corps (avant le 31 décembre de l'année *N*). Pour les fonctionnaires accueillis par voie de détachement dans le corps des directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en application de l'article 9 du décret n° 2007-1930 du 26 décembre 2007 modifié, « les services accomplis dans le corps d'origine sont assimilés à des services accomplis dans le corps d'accueil pour les avancements d'échelon et de grade » ;

– avoir exercé, depuis l'accès dans le corps, dans au moins deux établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée (avant le 31 décembre de l'année *N* – 1).

Les périodes de détachement, les périodes de mise à disposition d'une quotité au moins égale à 50 %, d'une durée supérieure à douze mois sont prises en compte.

Si ces périodes de détachement ou de mise à disposition sont accomplies dans une autre région administrative, elles sont considérées comme un changement d'affectation au sens du deuxième alinéa. Si cette condition n'est pas remplie, le comité de sélection mentionné à l'article 15 du décret n° 2005-921 modifié portant statut particulier du corps des directeurs d'hôpital statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un tel changement d'affectation.

Les périodes de disponibilité ayant donné lieu à une activité professionnelle font également l'objet d'un examen du comité de sélection qui statue sur leur éventuelle prise en compte au titre d'un changement d'affectation.

Les directeurs(trices) d'établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux qui assurent, ou sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune ou à une fusion d'établissements sont considérés avoir effectué une mobilité fonctionnelle. Pour l'application de cette disposition, la nomination du ou des directeur(s) de la direction commune ou de la fusion devra avoir été enregistrée par un arrêté du Centre national de gestion, avant la constitution du tableau d'avancement lors de la commission administrative paritaire nationale.

C. – Les directeurs(trices) des soins

Les conditions d'ancienneté et de mobilité requises pour bénéficier d'un avancement de grade (hors classe) sont régies par l'article 19 du décret nº 2002-550 du 19 avril 2002 modifié portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Celles-ci sont les suivantes :

- avoir atteint le 4e échelon du grade de la classe normale et justifier de cinq années de services effectifs dans le corps (l'année de formation à l'École nationale des hautes études en santé publique est prise en compte dans l'ancienneté pour l'avancement de grade) ;
- avoir accompli depuis leur nomination dans le corps des directeurs des soins ou dans celui de cadre de santé ou de cadre de santé paramédical, au moins une mobilité d'une durée supérieure à 12 mois ;
- soit au titre d'un changement d'établissement au sens de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ;

  Les périodes accomplies soit en situation de mise à disposition, soit en position de détachement ou de disponibilité, d'une quotité au moins égale à 50 %, sont considérées, après avis de la commission administrative paritaire nationale, comme un changement d'établissement lorsqu'elles ont donné lieu à l'exercice d'une activité professionnelle correspondant aux missions des directeurs des soins mentionnées à l'article 3 ;
- soit au titre de la mobilité fonctionnelle ;

  Dans le corps des directeurs des soins, la mobilité fonctionnelle doit s'accomplir entre les fonctions mentionnées à l'article 3, à l'exception de celles consistant en missions, études ou coordination d'études.

  Au sein des corps de cadres de santé et de cadres de santé paramédicaux, la mobilité fonctionnelle doit avoir respectivement été accomplie entre les fonctions mentionnées au 1º et au 3º des articles 4 et 5 du décret du 31 décembre 2001 ou entre les fonctions mentionnées au 1º et au 3º des articles 3 et 4 du décret du 26 décembre 2012.

Les directeurs des soins qui sont membres, lors de sa constitution, d'une direction commune sont considérés comme ayant effectué une mobilité fonctionnelle. Cette mobilité est attestée par le directeur d'un des établissements faisant l'objet d'une direction commune. Cette disposition s'applique également aux directeurs des soins affectés dans un établissement faisant l'objet d'une fusion avec un autre établissement mentionné à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Pour les trois corps de direction, les directeurs(trices) qui remplissent ces conditions statutaires, doivent, pour être inscrits au tableau d'avancement, faire l'objet d'une proposition d'inscription et d'une évaluation en cohérence avec cette proposition d'inscription.

Compte tenu des conséquences de l'avis de l'évaluateur(trice) sur la carrière de l'intéressé(e), et en vue des débats en CAPN, il est impératif de motiver la proposition d'inscription ou de non-inscription.

III. – CONCLUSION DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION

À la fin de l'entretien, un moment privilégié doit être réservé à l'évalué(e) pour lui permettre d'exprimer ses perspectives et ses attentes professionnelles dans sa relation avec l'évaluateur(trice), incluant si nécessaire des propositions d'amélioration des relations entre l'ARS et l'établissement (pour les chefs d'établissement), des propositions d'amélioration des relations entre le chef d'établissement et ses adjoints ou, plus largement, au sein de l'équipe de direction.

Le document doit être signé obligatoirement par l'évaluateur(trice) et l'évalué(e), chacun en garde une copie. Le nom, la qualité et la signature lisibles de l'évaluateur(trice) doivent impérativement figurer sur le support d'évaluation.

La signature du support d'évaluation est impérative ; elle signifie que l'évalué(e) a pris connaissance de son évaluation mais n'emporte pas accord sur son contenu.

Le dossier CNG original (fiches A, A [suite], B, B1, B1 [suite], B2, B3, C) ainsi que les notifications de parts liées aux fonctions et aux résultats sont transmis systématiquement au CNG pour classement dans le dossier administratif de l'intéressé(e).

ANNEXE II

PRIME DE FONCTIONS ET DE RÉSULTATS (PFR)

La prime de fonctions et de résultats se décompose en deux parts, l'une tenant compte des responsabilités, du niveau d'expertise et des sujétions liées aux fonctions exercées, « part fonctions », l'autre tenant compte des résultats de la procédure d'évaluation individuelle et de la manière de servir « part résultats ».

Ces deux parts sont cumulables et modulables indépendamment l'une de l'autre par application de coefficients multiplicateurs aux montants annuels de référence fixés par arrêté du 9 mai 2012 (publié au *Journal officiel* du 10 mai 2012).

La circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifiée relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction et des directeurs (trices) des soins de la fonction publique hospitalière détermine le barème des plafonds indemnitaires (plafonds de la part fonctions, de la part résultats et de l'attribution exceptionnelle), ainsi que les cotations des fonctions exercées par les directeurs(trices).

La présente annexe a pour finalité d'expliciter les modalités de calcul de la prime de fonctions et de résultats.

Les directeurs(trices) des soins qui, avant la parution du décret n° 2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, étaient à l'échelon fonctionnel ont été classés directeurs(trices) des soins hors classe et ne sont pas détachés(ées) sur un emploi fonctionnel, conservent, à titre personnel et tant qu'ils y ont intérêt, leur niveau de PFR.

I. – MODALITÉS D'ATTRIBUTION ET DE VERSEMENT DE LA PFR

La prime de fonctions et de résultats est composée d'une part liée aux fonctions et d'une part liée aux résultats dont les montants varient selon la classe et l'emploi détenu par le bénéficiaire et les fonctions exercées.

1.1. **Les composantes de la prime de fonctions et de résultats**

La part liée aux fonctions exercées dite « part fonctions »

Les emplois de personnel de direction et des directeurs(trices des soins) doivent d'abord faire l'objet d'une cotation de fonctions selon le barème défini dans les annexe II A, II B et II C de la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifié le 9 octobre 2015 :

- pour les chefs d'établissement sur emplois fonctionnels ou non fonctionnels : par le directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ou par le représentant de l'État dans le département ;
- pour les emplois de secrétaire général(e), directeur(trice) général(e) adjoint(e), sous-directeur(trice) de l'AP-HP, directeur(trice) adjointe, les directeurs(trices) des soins : par le (la directeur(trice) générale ou chef d'établissement ;
- pour les directeurs(trices) des soins, directeurs(trices) conseiller(ère) pédagogique et/ou technique régional(e) : par le (la) directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente ;
- pour les directeurs d'hôpital et directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, le coefficient est compris entre 1 et 3, selon le barème figurant dans l'annexe II A ou II B de la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012, et sera entre 2 et 6 en cas de cotation doublée.

À ce titre, conformément aux dispositions de l'article 3 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié, les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par nécessité absolue de service sont logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement.

À défaut, lorsque ce patrimoine ne permet pas d'assurer leur logement, ils bénéficient, au choix du directeur de l'établissement dont ils relèvent :

- soit d'un logement locatif mis à leur disposition dans les conditions prévues à l'article 4, dont la localisation est compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction ;

– soit d'une indemnité compensatrice mensuelle, sous réserve que la localisation du logement occupé soit compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction.

Si ces deux options ne peuvent être envisagées, la cotation de la part liée aux fonctions est doublée dans la limite d'un coefficient maximal de 6 pour les DH et D3S, conformément à la circulaire nº DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012.

Pour les directeurs(trices) des soins bénéficiant de l'application de l'une des dispositions du décret nº 2010-30 du 8 janvier 2010 modifié (agent bénéficiant d'un logement de fonction ou d'une indemnité compensatrice de logement), le coefficient est compris entre 1 et 3, selon le barème figurant dans l'annexe II C de la circulaire nº DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012. Dans les autres cas, les directeurs(trices) qui ne sont pas logés(ées) (notamment pour les directeurs[trices] des soins mis à disposition), la cotation de l'emploi pour la part liée aux fonctions est comprise entre 1 et 4. L'annexe II C précise que dans ce dernier cas la cotation est établie soit à 3,8, soit à 4.

Par ailleurs, un même emploi a deux cotations selon le grade de l'agent qui l'occupe ou peut l'occuper.

Cette cotation a vocation à rester stable tant que l'agent occupe les mêmes fonctions mais peut être modifiée en cours d'année en cas de changement de grade, ou en cas d'exercice de fonctions différentes qui conduit à l'évolution de la cotation de l'emploi occupé.

La cotation de la part fonctions fait l'objet d'une notification individuelle (selon le modèle figurant en annexe V) communiquée au (à la) directeur(trice) concerné(e) et au Centre national de gestion (CNG).Toute modification de la cotation (changement de grade, modification de l'organigramme et des responsabilités liées au poste…) doit également être communiquée préalablement et faire l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

Cette ou ces cotations doivent impérativement figurer sur la 1re page du support d'évaluation et sur la fiche de poste.

Il est recommandé de verser selon une périodicité mensuelle la part relative aux fonctions, correspondante à l'année en cours.

La part liée aux résultats

Les modalités de détermination de la part liée aux résultats figurent dans les annexes de la circulaire nº DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifiée.

Les montants individuels sont arrêtés en fonction de l'atteinte des objectifs fixés et de la manière de servir, appréciés au terme de l'évaluation.

Le montant de la part liée aux résultats est déterminé par l'autorité ayant pouvoir d'évaluation au sens du décret portant dispositions relatives à l'évaluation des personnels précités, à savoir :

– le (la) directeur(trice) générale de l'agence régionale de santé (DGARS) ou le représentant de l'État dans le département pour les directeurs(trices) chefs d'établissements sur emplois fonctionnels ou non. Il (elle) peut charger les responsables des délégations territoriales de conduire les entretiens de certains personnels de direction, sous réserve qu'une délégation expresse ait été accordée à cet effet ;
– le (la) directeur(trice) général(e) ou chef d'établissement pour les autres emplois de directeurs sur emplois fonctionnels ou non, les directeurs(trices) des soins ;
– le (la) directeur(trice) général(e) de l'agence régionale de santé (ARS) compétente pour les directeurs(trices) des soins, directeurs(trices) conseiller(ère) pédagogique et/ou technique régional.

La part résultats a vocation à être maintenue ou ajustée, à la baisse ou à la hausse, pour tenir compte des résultats de l'évaluation au titre de l'année 2017.

Au titre de l'année 2017, le montant de la part résultats aura pour base le coefficient alloué au titre de l'année 2016 (versement exceptionnel non compris).

La modulation de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année. Elle intègre l'atteinte ou non par le fonctionnaire des objectifs qui lui ont été fixés.

Aucune progression annuelle ne peut être supérieure au montant unitaire d'une part liée aux résultats. Toute diminution du montant individuel de la part liée aux résultats ne peut pas représenter plus de la valeur unitaire d'une part. Elle doit être systématiquement assortie d'un rapport dûment circonstancié et motivé. La modulation annuelle de la part résultats est fixée par coefficient établi compris entre – 1 et + 1 avec décimale (1 chiffre maximum).

Une attention toute particulière sera portée sur l'évolution de la part résultats d'une année sur l'autre. Le coefficient d'évolution n'a pas vocation à être reconduit d'année en année ou à faire

l'objet d'une évolution prédéterminée. Il importe qu'il y ait une grande cohérence entre l'appréciation que l'évaluateur(trice) fait du travail accompli par l'agent et le montant alloué au titre de la part liée aux résultats.

Au total, le coefficient de la part liée aux résultats est compris entre 0 et 6 (versement exceptionnel compris), déterminé par nombre entier ou avec décimale (1 chiffre maximum) entre le plancher et le plafond ainsi définis.

La mobilité ne doit pas être, pour l'évalué(e), un critère pénalisant dans la procédure d'évaluation et dans l'attribution du montant de la part liée aux résultats.

Chaque directeur(trice) se verra communiquer le coefficient attribué et le montant calculé à l'issue de l'entretien d'évaluation. Ce coefficient et ce montant lui seront notifiés par écrit au plus tard dans le délai d'un mois, suivant le modèle de notification de l'annexe V.

La part liée aux résultats est versée au plus tard à la fin du premier trimestre de l'année civile suivant celle correspondant au service fait par l'évalué(e), soit le 31 mars 2018.

*L'attribution d'un versement exceptionnel (*cf. *fiche versement exceptionnel)*

L'attribution d'un versement exceptionnel de la part liée aux résultats peut également reconnaître des efforts particuliers liés, notamment, à un surcroît conjoncturel d'activités.

L'attribution exceptionnelle, d'un montant de la valeur unitaire d'une part maximum, a vocation à reconnaître financièrement la charge particulière d'activités et/ou de résultats très remarquables de l'évalué(e) en sus de ses missions habituelles et/ou au-delà des objectifs et des résultats obtenus (période d'intérim, conduite de projet d'une coopération particulièrement complexe, compensation d'une charge de travail supplémentaire significative et anormalement lourde…). L'évaluateur(trice) doit, en conséquence, produire un rapport annexé à la fiche d'évaluation quel que soit le montant attribué.

À l'appréciation de l'évaluateur(trice), le versement peut dépasser de manière très exceptionnelle la valeur d'une part. Dans ce cas, un rapport circonstancié et dûment motivé devra être produit.

Il est précisé que le montant fixé au titre de l'attribution exceptionnelle en complément de la part liée aux résultats individuels est pris en compte dans la limite du plafond de la part résultats (soit 6) de l'année au cours de laquelle elle est versée.

Le complément exceptionnel n'est pas reconductible automatiquement d'une année sur l'autre. Cette attribution exceptionnelle fait également l'objet d'une notification individuelle dans les mêmes formes.

1.2. **Le principe du maintien des primes et indemnités (circulaire BCRF 1031314C)**

Les dispositions réglementaires en vigueur énoncent le principe du maintien, en cas de congés annuels, de congés ordinaires de maladie et de congés pour maternité, des primes et indemnités versées aux agents concernés dans les mêmes conditions et sur les mêmes périodes que le traitement. Pour le congé de maladie ordinaire, le traitement est maintenu pendant les 3 premiers mois et réduit de moitié pour les 9 mois suivants.

La part liée aux fonctions (PF) a vocation à suivre le traitement principal. Il n'y a donc pas d'abattement possible tant que le traitement principal est entier.

Exemple : un directeur ayant une rémunération à demi-traitement à partir du 4e mois de maladie percevra une part fonctions également à demi-traitement (à l'identique de son traitement principal).

La part liée aux résultats (PR) a vocation à être réajustée, après chaque évaluation annuelle, pour tenir compte de l'atteinte des objectifs et de la manière de servir, appréciées au titre de la période antérieure. Dans ce cadre, il appartient à l'évaluateur d'apprécier si l'impact du congé sur l'atteinte des résultats, eu égard notamment à sa durée et compte-tenu de la manière de servir du directeur, doit ou non se traduire par un ajustement l'année suivante. Ce dispositif permet ainsi de valoriser un directeur qui, en dépit d'un congé, s'est investi dans son activité et a produit les résultats escomptés. Un directeur qui serait absent pour maladie pendant une période de 4 mois pourrait ainsi percevoir la part liée aux résultats au même niveau que la période précédente s'il atteint, en 8 mois, les objectifs qui lui étaient assignés pour une période d'un an. Il n'y a donc pas lieu à proratiser selon le temps de présence.

La part liée aux résultats n'a, par conséquent, pas vocation à suivre systématiquement le sort du traitement, contrairement à la part liée aux fonctions.

II. – LES CRITÈRES D'ÉVALUATION À PRENDRE EN COMPTE POUR LA DÉTERMINATION DU COEFFICIENT DE LA PART RÉSULTATS

Qu'il s'agisse de l'évaluateur(trice) ou de l'évalué(e), il est important que l'un et l'autre connaisse les critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats.

Deux considérations sont à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation, à savoir :

– les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
– les résultats obtenus dans sa pratique managériale dont son aptitude au dialogue social et celle relative à l'évaluation de ses adjoints(es) ou collaborateurs(trices) directs(es).

La grille d'évaluation liée aux résultats obtenus :

Pour permettre une harmonisation des critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats sur l'ensemble du territoire, une grille type est proposée dont chaque directeur(trice) évalué(e) doit avoir pris connaissance préalablement à l'entretien.

Le montant de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année, en rappelant que toute baisse doit être justifiée par un rapport circonstancié et motivé remis au (à la) directeur(trice) concerné(e).

FICHE 1

DIRECTEURS(TRICES) D'HÔPITAL

LES CHEFS D'ÉTABLISSEMENT	
Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Définition et évolution du projet d'établissement, en lien avec l'agence régionale de santé et en conformité avec le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens; Positionnement de l'établissement dans l'environnement territorial et pilotage de l'établissement en conformité avec les orientations nationales et territoriales (PRS, GHT, GCS, directions communes…); Conduite et évaluation de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement et dans tous les projets qui le constituent; Définition de la politique financière de l'établissement; Définition des grands axes du contrat de pôle.	
Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Élaboration et gouvernance des projets de restructuration ou de coopération; Animation des réunions de concertation ou de négociation; Gestion en cas de conflits ou de crises liés aux projets de restructuration ou de coopération; Conduite générale de l'établissement: évaluation des collaborateurs(trices) directs(es), suivi du budget, promotion de la « bientraitance ».	

LES DIRECTEURS(TRICES) ADJOINT(E)S	
Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Assistance et conseil au chef d'établissement sur les choix stratégiques; Contribution au projet d'établissement; Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement; Communication interne des projets pris en charge; Animation des instances internes ou externes.	
Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement; Management des équipes, notamment d'encadrement; Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets, Organisation de la gestion participative du changement; Définition des plannings et des tableaux de bord ou des indicateurs de suivi.	

NB: Les directeurs(trices) généraux(ales) de CHR/CHU ne sont pas éligibles à la PFR.

FICHE 2

DIRECTEURS(TRICES) D'ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

LES CHEFS D'ÉTABLISSEMENT	
Résultats obtenus dans ses activités de strategie	50 %
Définition et évolution du projet d'établissement, en lien avec l'agence régionale de santé les directions régionales et départementales chargées de la cohésion sociale, les services du conseil départemental et les autres collectivités territoriales; Positionnement de l'établissement dans l'environnement territorial et pilotage de l'établissement en conformité avec les orientations nationales et territoriales (PRS, GHT, GCS, directions communes…); Conduite et évaluation de la mise en œuvre des orientations stratégiques définies dans le projet d'établissement et dans tous les projets qui le constituent; Définition de la politique financière de l'établissement; Définition et adaptation de l'organisation de l'établissement et des services en fonction des évolutions internes et externes.	
Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Élaboration et gouvernance des projets de restructuration ou de coopération; Animation des réunions de concertation ou de négociation; Gestion en cas de conflits ou de crises liés aux projets de restructuration ou de coopération; Conduite générale de l'établissement: évaluation des collaborateurs(trices) directs(es), suivi du budget, promotion de la « bientraitance ».	

LES DIRECTEURS(TRICES) ADJOINT(E)S	
Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Assistance et conseil au chef d'établissement sur les choix stratégiques; Contribution au projet d'établissement; Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement; Communication interne des projets pris en charge; Animation des instances internes ou externes.	
Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement; Management des équipes, notamment d'encadrement; Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets; Organisation de la gestion participative du changement; Définition des plannings et des tableaux de bord ou des indicateurs de suivi.	

FICHE 3

DIRECTEURS(TRICES) DES SOINS

Deux considérations sont à croiser avec les critères figurant dans la fiche d'évaluation au regard des fonctions (directeurs(trices) des soins en établissement, chargés d'une direction fonctionnelle ou en institut), à savoir :

– les résultats obtenus dans ses activités de stratégie ;
– les résultats obtenus dans sa pratique managériale.

La grille d'évaluation liée aux résultats obtenus :

Pour permettre une harmonisation des critères objectifs de la modulation de la part liée aux résultats sur l'ensemble du territoire, une grille type est proposée dont chaque directeur(trice) évalué(e) doit avoir pris connaissance préalablement à l'entretien.

Le montant de la part liée aux résultats doit être en parfaite adéquation avec l'évaluation de l'année, en rappelant que toute baisse doit être justifiée par un rapport circonstancié et motivé remis au directeur concerné.

Le (la) directeur(trice) des soins en établissement

Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques, notamment quant à la politique de soins en cohérence avec les besoins des territoires au sein du PRS ; Contribution au projet d'établissement, notamment dans la définition du projet de soins en articulation avec le projet médical : élaboration, suivi, évaluation et communication interne ; Contribution à la conception, à l'organisation et à l'évolution des structures et des activités de soins ; Participation à la négociation des contrats de pôles ; Animation de la CSIRMT ; Développement des pratiques innovantes et de la recherche en soins.	

Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement, notamment la mise en œuvre opérationnelle du projet de soins dans les pôles ; Animation et coordination des activités des cadres soignants, médico techniques et de rééducation, évaluation de leurs résultats ; Conseil et accompagnement des chefs de pôles dans le respect des délégations de gestion ; Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets ; Organisation de la gestion participative du changement ; Répartition des ressources en soins entres les pôles et gestion des moyens de remplacement.	

Le (la) directeur(trice) des soins chargé(e) d'une direction fonctionnelle

Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques. Contribution au projet d'établissement. Prise en charge de l'élaboration et du suivi d'une ou plusieurs composantes du projet d'établissement. Communication interne des projets pris en charge. Animation des instances internes ou externes.	
Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Animation et coordination d'activités et de projets ou de missions liées à la conduite du changement. Management des équipes, notamment d'encadrement ; Pilotage des études et analyse des facteurs de risques et de succès des principaux projets ; Organisation de la gestion participative du changement ; Définition des plannings et des tableaux de bord ou des indicateurs de suivi.	

Le (la) directeur(trice) des soins en institut

Résultats obtenus dans ses activités de stratégie	50 %
Assistance et conseils au chef d'établissement sur les choix stratégiques, notamment quant à la politique de formation sanitaire en cohérence avec le schéma régional des formations sanitaires et sociales ; Participation au GCS-Institut de formation ; Proposition du projet de(s) l'institut(s), en lien avec le projet de soins et le schéma régional des formations sanitaires et sociales : élaboration, suivi, évaluation et communication interne ; Relation avec les partenaires extérieurs impliqués dans la politique de formation : ARS, DRJSCS, universités et conseil régional (contribution au schéma régional, discussion budgétaire…) ; Communication et information des publics concernés sur les métiers et la formation.	

Résultats obtenus dans sa pratique managériale	50 %
Organisation, fonctionnement et gestion de(s) institut(s): organisation interne, gestion des ressources humaines et physiques, gestion budgétaire dans le cadre de sa délégation; Conception dans un cadre concerté, mise en œuvre, contrôle et évaluation du projet pédagogique; Animation de l'équipe pédagogique; Organisation et conduite du conseil pédagogique et /ou technique; Organisation et mise en œuvre des épreuves de sélection; Gestion des étudiants et de la vie étudiante: accueil, information, mise à disposition des ressources pédagogiques et de recherche, traitement des situations individuelles…	

ANNEXE III

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

□ Directeur d'hôpital □ Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

DATE DE L'ENTRETIEN . . /. . /. . . . **FICHE A**

EVALUATEUR / ETABLISSEMENT

NOM, Prénom .....
Qualité .....
Adresse de messagerie secrétariat de direction ……..@.....

ÉTABLISSEMENT :
CATEGORIE : □CH □CHS □CHU □EHPAD □autre (préciser) .....
VILLE ..... Dept ……..

EVALUE(E)

ETAT CIVIL

□ Madame □ Monsieur (cocher la case correspondante)

NOM D'USAGE .....
(justificatifs à fournir en cas de changement de nom d'usage)
PRÉNOM ……**NOM DE NAISSANCE** ……..

DATE DE NAISSANCE ../../…. AGE .....
LIEU DE NAISSANCE .....

SITUATION DE FAMILLE .....

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES ENFANTS
- -
- -

DIPLOME(S) OBTENU(S) AU COURS DE L'ANNEE .....
Adresse de messagerie :

COEFFICIENT DE LA PART LIÉE AUX FONCTIONS

Cotation de l'emploi - **A indiquer impérativement** -

LOGEMENT **:** □ Oui □ Non
Si non logé : □ Indemnité de logement □ Cotation doublée

Cotation		..,..
Variation 0,2	**+**	.,.
Total	**=**	..,..

SITUATION ADMINISTRATIVE

INTITULÉ DE LA FONCTION OCCUPEE (selon l'organigramme)
.....
(pour les directeurs adjoints, le libellé de la fonction est à indiquer en toutes lettres)

DATE D'INSTALLATION : ETABLISSEMENT ../../…. DANS LA FONCTION ../../….

□ activité □ détachement emploi fonctionnel □ détachement
□ mise à disposition ……..% □ recherche d'affectation □ autres (disponibilité, CET, CLM, CLD…)

DATE D'ENTREE DANS LE CORPS : ../../….

GRADE : □ Classe exceptionnelle □ Hors classe □ Classe normale □ Classe provisoire

ECHELON : .....

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE A (suite)

DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évaluateur(trice)

Positionnement de l'évalué(e) dans l'établissement (selon l'organigramme) :

- □ Chef d'établissement
- □ Directeur(trice) adjoint(e) placé(e) sous l'autorité du chef d'établissement
- □ Directeur(trice) adjoint(e) placé(e) sous l'autorité d'un(e) directeur(trice) adjoint(e)
- □ Autre (préciser) .....

Missions générales du poste et principales activités :

NB : pour les directeurs(trices) chefs d'établissement => point général d'exécution pour l'année de référence, des missions confiées et des objectifs contractualisés, en référence au projet d'établissement, au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens et, pour les directeurs(trices) chefs d'établissement sur emplois fonctionnels, à la lettre d'objectifs.

Appréciation du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :

A remplir par l'évalué(e)	A remplir par l'évaluateur(trice)

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B**

Avis du(de la) Président(e) du conseil de surveillance ou du conseil d'administration ou de l'assemblée délibérante, sur la manière de servir

Uniquement pour les chefs d'établissement

Date ../../….

Signature : (Nom, prénom et qualité)

Je, soussigné(e), déclare avoir été informé(e) des appréciations ci-dessus mentionnées.

Date :

Signature de l'évalué(e) :

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B1**

APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR(TRICE)

Bilan des résultats en fonction des objectifs fixés l'année précédente:

Objectifs (N-1)	Réalisation	Commentaires
Objectif 1	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 2	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 3	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 4	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 5	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	

Autres objectifs :

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B1 (suite)**

Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :

Pilotage de l'établissement (chefs) ou de la mission (adjoints(es))		
Compétences	**Réalisation**	**Commentaires**
- Définition et pilotage des objectifs stratégiques	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Décision et arbitrage	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Maîtrise de la technicité du poste	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
Pratique managériale		
Compétences	**Réalisation**	**Commentaires**
- Animation, motivation et évaluation des équipes	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Négociation	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Conduite de projet et accompagnement du changement	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Communication	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
Autre ……..	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	

NOM D'USAGE : PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B2**

APPRECIATIONS GENERALES SUR LA MANIERE DE SERVIR

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2017

Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.

	Montant	Coefficient
Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2016	€	
Coefficient d'évolution 2017		
Coefficient total de la part résultats 2017 (hors versement exceptionnel)		

↳ *En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.*

Montant total de la part résultats 2017	€

Rappel : Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.

Attribution d'un versement exceptionnel : □ oui □ non	Coefficient
Coefficient total du versement exceptionnel (dans la limite de 1)	
dont coefficient alloué au titre de l'intérim (<4 mois)	

↳ *En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, **un rapport circonstancié** et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.*

Attribution d'une indemnité forfaitaire mensuelle d'intérim (> 4 mois)	□ oui	□ non
Si oui montant :	□ 390 €	□ 580 €

Date du début d'intérim : ../../…. **Date de fin d'intérim** : ../../….

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B3**

FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE POUR L'ANNÉE 2018
(Directeur(trice) d'hôpital - Directeur(trice) d'établissement sanitaire, social et médico-social)

Mobilités effectuées par l'évalué(e) depuis l'accès dans le corps

-
-
-
-

NB : toute mobilité fonctionnelle doit faire l'objet d'un acte juridique transmis au CNG **(uniquement pour le corps des directeurs d'hôpital)**

Proposition d'inscription au tableau d'avancement à la hors classe 2018 :

□ OUI □ NON □ NON CONCERNE(E)*

* La notion "NON CONCERNE(E)" concerne les directeurs(trices) qui sont déjà hors classe ou les directeurs(trices) de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.

Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom-Prénom de l'évaluateur(trice) : **Qualité** : **Date et signature** :	**Date et signature de l'évalué (e)** :

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE C**

EVOLUTION PROFESSIONNELLE ET PERSPECTIVES DE CARRIERE
Souhaits exprimés par l'évalué(e) pour les 2 prochaines années

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :
- Accès à une chefferie d'établissement :

Souhaits de formation :

Formations souhaitées par l'évalué(e)	Observations de l'évaluateur(trice) ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur(trice)
- -	- -

OBSERVATIONS EVENTUELLES DE L'EVALUE(E)

La signature du support par les deux parties est impérative.
Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué(e) en a pris connaissance.

Evalué(e) : date et signature **(1).** Évaluateur(trice) : date et signature

En cas de délégation expresse de l'entretien d'évaluation :

□ Avis conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien

□ Avis non conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien **(dans ce cas, un nouvel entretien d'évaluation doit avoir lieu avec l'évaluateur(trice)).**

(1) Vous disposez d'un délai de 2 mois à compter de cette date pour solliciter une révision auprès du (de la) présidente de la commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard du corps des personnels de direction.

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

FICHE 1

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'EVALUATION

A conserver dans le dossier :
- D.G.A.R.S. pour les chefs d'établissement
- Etablissement pour les directeurs(trices) adjoints(es)

Bilan des résultats de l'année précédente (à remplir par l'évalué(e) ***Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)***

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS	DÉLAI	CRITÈRES/INDICATEURS	RÉSULTATS OBTENUS

Observations de l'évalué(e)	Observations Evaluateur(trice)
Date : Signature	Date : Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur(trice))

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

FICHE 2

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'EVALUATION

A conserver dans le dossier :
- D.G.A.R.S. pour les chefs d'établissement
- Etablissement pour les directeurs(trices) adjoints(es)

Définition des objectifs pour l'année à venir ***par référence à la fiche B1 (2 pages maximum)***
(à remplir par l'évaluateur(trice)

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DEFINIS	**DELAI**	**CRITERES D'EVALUATION**

Observations Evaluateur(trice)	**Observations de l'évalué(e)**
Date : Signature **(prénom, nom et qualité de l'évaluateur(trice))**	Date : Signature

ANNEXE IV

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION DES DIRECTEURS DES SOINS
ANNÉE 2017

DATE DE L'ENTRETIEN . . /. . /. . . . **FICHE A**

EVALUATEUR / ETABLISSEMENT

NOM, Prénom .....

Qualité .....
Adresse de messagerie secrétariat de direction ……..@.....

ÉTABLISSEMENT :
CATEGORIE : □CH □CHS □CHU □EHPAD □autre (préciser) .....
VILLE ..... Dept ……..

EVALUE(E)

ETAT CIVIL

□ Madame □ Monsieur (cocher la case correspondante)

NOM D'USAGE .....
(justificatifs à fournir en cas de changement de nom d'usage)

PRÉNOM ……**NOM DE NAISSANCE** ……..

DATE DE NAISSANCE ../../…. AGE .....
LIEU DE NAISSANCE .....

SITUATION DE FAMILLE .....

NOM, PRÉNOM ET DATE DE NAISSANCE DES ENFANTS
- -
- -

DIPLOME(S) OBTENU(S) AU COURS DE L'ANNEE .....

Adresse de messagerie :

COEFFICIENT DE LA PART LIÉE AUX FONCTIONS

Cotation de l'emploi – **A indiquer impérativement -**

LOGEMENT **:** □ Oui □ Non
Si non logé : □ Indemnité de logement

Cotation		..,..
Variation 0,2	**+**	.,.
Total	**=**	..,..

SITUATION ADMINISTRATIVE

INTITULÉ DE LA FONCTION OCCUPEE (selon l'organigramme)
.....

DATE D'INSTALLATION : ETABLISSEMENT ../../…. DANS LA FONCTION ../../….

□ activité □ détachement emploi fonctionnel □ détachement
□ mise à disposition ……..% □ recherche d'affectation □ autres (disponibilité, CET, CLM, CLD…)

DATE D'ENTREE DANS LE CORPS : ../../….

GRADE : □ Hors classe □ Classe normale

ECHELON : .....

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE A (suite)

DESCRIPTION DU POSTE (à remplir par l'évalué)

Positionnement dans l'établissement (selon l'organigramme) :

- □ Coordonnateur général des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- □ Directeur des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou directeur de l'une ou plusieurs de ces activités
- □ **Directeur d'un ou de plusieurs institut(s) préparant à une ou plusieurs formations paramédicales :**
  □ Soins infirmiers □ Médico-techniques □ Rééducation
  □ Cadres de santé
- □ **Coordonnateur général de plusieurs instituts de formation**
- □ **Assistant ou suppléant** :
  - du Coordonnateur général des soins
  - du Coordonnateur général d'instituts de formation
- □ Autre (préciser).....

Nouvelle bonification indiciaire allouée : ☐

Missions générales du poste et principales activités :

Appréciation du contexte d'exercice du poste au cours de l'année de référence :

A remplir par l'évalué(e)	A remplir par l'évaluateur

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B1**

APPRECIATIONS DE L'EVALUATEUR(TRICE)

Bilan des résultats en fonction des objectifs fixés l'année précédente:

Objectifs (N-1)	Réalisation	Commentaires
Objectif 1	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 2	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 3	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 4	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	
Objectif 5	Atteint Partiellement atteint ☐ Non atteint ☐ Devenu sans objet ☐	

Autres objectifs :

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B1(suite)**

Appréciations des compétences mises en œuvre dans l'année :

Pilotage de l'établissement de la mission		
Compétences	**Réalisation**	**Commentaires**
- Définition et pilotage des objectifs stratégiques	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Décision et arbitrage	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Maîtrise de la technicité du poste	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
Pratique managériale		
Compétences	**Réalisation**	**Commentaires**
- Animation, motivation et évaluation des équipes	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Négociation	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Conduite de projet et accompagnement du changement	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
- Communication	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	
Autre ……..	Expert ☐ Maîtrise ☐ Acquis ☐ En cours d'acquisition ☐	

NOM D'USAGE : PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B2**

APPRECIATIONS GENERALES SUR LA MANIERE DE SERVIR

Aptitudes professionnelles démontrées et perspectives d'évolution de carrière en indiquant la capacité à exercer des responsabilités supérieures :

PROPOSITION DU MONTANT DE LA PART RÉSULTATS 2017

Il est rappelé que le montant de la nouvelle part résultats doit être communiqué à l'issue de l'entretien d'évaluation.

	Montant	Coefficient
Rappel de la part résultats (hors versement exceptionnel) au titre de l'année 2016	€	
Coefficient d'évolution 2017		
Coefficient total de la part résultats 2017 (hors versement exceptionnel)		

↳ *En cas de diminution du coefficient total de la part résultats, **un rapport circonstancié** et dûment motivé doit être obligatoirement annexé.*

Montant total de la part résultats 2017	€

Rappel : Le coefficient de la part résultats, y compris le versement exceptionnel, ne peut dépasser le plafond autorisé, fixé à 6.

Attribution d'un versement exceptionnel : □ oui □ non	
Coefficient total du versement exceptionnel (dans la limite de 1)	

↳ *En cas d'attribution d'un versement exceptionnel, un rapport circonstancié et dûment motivé doit être obligatoirement annexé quel que soit le montant alloué.*

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE B3**

FICHE DE PROPOSITION D'INSCRIPTION AU TABLEAU D'AVANCEMENT À LA HORS CLASSE POUR L'ANNÉE 2018

Mobilités effectuées par l'évalué(e) depuis l'accès dans le corps

-
-
-
-

Proposition d'inscription au tableau d'avancement 2018 : □ OUI □ NON □ NON CONCERNE(E)*

* La notion "NON CONCERNE(E)" concerne les directeurs qui sont déjà hors classe ou les directeurs de classe normale qui ne remplissent pas les conditions statutaires.

Avis motivé impératif en vue de proposition ou de non-proposition :

.....
.....
.....
.....
.....

Nom-Prénom de l'évaluateur(trice) :	**Date et signature de l'évalué(e)** :
Qualité : **Date et signature** :	

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017 **FICHE C**

EVOLUTION PROFESSIONNELLE ET PERSPECTIVES DE CARRIERE
Souhaits exprimés par l'évalué(e) pour les 2 prochaines années

- Mobilité fonctionnelle souhaitée (à préciser) :
- Mobilité géographique souhaitée (à préciser) :

Souhaits de formation :

Formations souhaitées par l'évalué(e)	Observations de l'évaluateur ou de la personne responsable de la conduite de l'entretien d'évaluation si elle est différente de l'évaluateur
- -	- -

OBSERVATIONS EVENTUELLES DE L'EVALUE(E)

La signature du support par les deux parties est impérative.
Elle n'emporte pas l'accord sur le contenu mais signifie que l'évalué(e) en a pris connaissance.

Evalué(e) : date et signature (1) Évaluateur(trice) : date et signature

En cas de délégation expresse de l'entretien d'évaluation :

□ Avis conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien

□ Avis non conforme à celui de la personne responsable de la conduite de l'entretien **(dans ce cas, un nouvel entretien d'évaluation doit avoir lieu avec l'évaluateur(trice))**

(1) Vous disposez d'un délai de 2 mois à compter de cette date pour solliciter une révision auprès du président de la commission administrative paritaire nationale compétente à l'égard du corps des directeurs des soins.

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

FICHE 1

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'EVALUATION

Bilan des résultats de l'année précédente (à remplir par l'évalué(e) ***Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)***

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS	DÉLAI	CRITÈRES/INDICATEURS	RÉSULTATS OBTENUS
Observations de l'évalué(e)		**Observations Evaluateur(trice)**	
Date : Signature		Date : Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur)	

NOM D'USAGE :
PRÉNOM :

FICHE 1

DOSSIER C.N.G.
ÉVALUATION ANNÉE 2017

FICHE PREPARATOIRE A L'ENTRETIEN D'EVALUATION

A conserver dans le dossier :
- D.G.A.R.S. pour les chefs d'établissement
- Etablissement pour les directeurs(trices) adjoints(es)

Bilan des résultats de l'année précédente (à remplir par l'évalué(e) ***Reprendre les objectifs validés de l'année précédente (4 pages maximum)***

OBJECTIFS ET ACTIONS PRIORITAIRES DÉFINIS	DÉLAI	CRITÈRES/INDICATEURS	RÉSULTATS OBTENUS

Observations de l'évalué(e)	Observations Evaluateur(trice)
Date : Signature	Date : Signature (prénom, nom et qualité de l'évaluateur(trice))

ANNEXE V

MODÈLE DE DÉCISION DE COTATION DE LA PART FONCTIONS DE LA PFR ANNÉE 2017(*)

Vu le décret n° 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5) ;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 modifié le 9 octobre 2015 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifiée le 9 octobre 2015 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Objet : <u>Décision d'attribution de la part fonctions de la PFR</u>

Nom-Prénom :
Corps :
Grade :
Fonction :

☐ est attributaire d'un logement par nécessité absolue de service.
☐ n'est pas attributaire d'un logement par nécessité absolue de service ou indemnisé à ce titre.

La cotation de l'emploi occupé est fixée à :
La variation de + 0,2 est attribuée en raison de :
La cotation totale de l'emploi occupé est fixée à :

Soit un montant annuel de la part fonctions de :
ou un montant mensuel de :
La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet d'un recours gracieux ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois à compter de sa notification.

Le
Nom :
Qualité :

Cachet / signature

La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois suivant la notification de la décision administrative ou d'une décision de rejet suite à un recours gracieux.

(*) La cotation de la part fonctions a vocation à rester stable tant que l'argent occupe les mêmes fonctions mais peut être modifiée en cours d'année en cas de changement de grade, ou en cas d'exercice de fonctions différentes qui conduit à l'évolution de la cotation de l'emploi occupé. Dans ce cas, une nouvelle notification devra être établie.

MODÈLE DE DÉCISION D'ATTRIBUTION DE LA PART RÉSULTATS DE LA PFR ANNÉE 2017

Vu le décret n° 2005-1095 du 1er septembre 2005 modifié relatif à l'évaluation des personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (article 5) ;

Vu le décret n° 2012-749 du 9 mai 2012 relatif à la prime de fonctions et de résultats des corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'arrêté du 9 mai 2012 modifié le 9 octobre 2015 fixant les montants de référence de la prime de fonctions et de résultats applicables aux corps ou emplois fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière ;

Vu la circulaire n° DGOS/DGCS/2012/241 du 19 juin 2012 modifiée le 9 octobre 2015 relative à la mise en œuvre de la prime de fonctions et de résultats pour les personnels des corps de direction de la fonction publique hospitalière.

Vu l'évaluation 2017 de l'intéressé(e) ;

Objet : Décision d'attribution de la part résultats de la PFR :

Nom-Prénom :
Corps :
Grade :
Fonction :

Le coefficient total de la part résultats de l'année 2016 (hors complément exceptionnel) était de :

Le coefficient d'évolution attribué au titre de l'année 2017 (compris entre 0 et 1) est de :

Le coefficient total de la part résultats est fixé pour l'année 2017 à :

Considérant la charge particulière d'activité assurée en 2017 en sus des missions habituelles, telle qu'elle ressort du rapport circonstancié et dument motivé annexé à la présente décision.

Il est attribué, pour l'année 2017, un versement exceptionnel dont le coefficient est fixé à :

Soit, un montant total de la part résultats de l'année 2017 :
(Rappel des sommes versées au cours de l'année 2016 : €, au titre d'un complément exceptionnel attribué dans le cadre d'un intérim de direction d'une durée de mois)

La présente décision prend effet à compter du :

La présente décision peut faire l'objet :
– d'un recours gracieux auprès de l'évaluateur,
– d'un recours auprès du président de la commission administrative paritaire nationale compétente *via* la directrice générale du Centre national de gestion dans un délai de 2 mois suivant la notification afin de préserver les délais du recours contentieux ;
– d'un recours contentieux devant le tribunal administratif compétent dans le délai de 2 mois suivant la notification de la décision administrative ou d'une décision de rejet suite à un recours gracieux ou hiérarchique.

Le
Nom :
Qualité : Cachet / signature

ANNEXE VI

CALENDRIER ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Décret nº 2005-1095 du 1er septembre 2005
Décret nº 2010-1153 du 29 septembre 2010
Arrêté du 1er septembre 2005

ÉTAPES DE L'ENTRETIEN D'ÉVALUATION – JOUR « J »	DÉLAIS
Convocation à l'entretien d'évaluation et transmission des documents à l'évalué(e) Pour les chefs d'établissement, avis du(de la) Président(e) du Conseil de surveillance ou du conseil d'administration et transmission à l'évalué(e)	J-15
Retour par l'évalué(e) des documents à l'évaluateur(trice)	J-7
Entretien d'évaluation Information de l'évalué(e) sur la PFR	Jour «J»
Remise des documents signés par l'évaluateur(trice) à l'évalué(e)	J+15
Retour dans les 7 jours des documents signés par l'évalué(e) à l'évaluateur(trice), complétés éventuellement de ses observations	⟵
Transmission du support d'évaluation (original) au C.N.G. au plus tard le 20 octobre 2017	⟵
Notification PFR à l'évalué(e) Copie au C.N.G.	J+1 mois

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale
de la cohésion sociale

Sous-direction des affaires financières
et de la modernisation

Bureau gouvernance
du secteur social et médico-social

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

Direction des établissements
et services médico-sociaux

Instruction n° DGCS/SD5C/CNSA/2017/207 du 19 juin 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

NOR : *SSAA1717988J*

Date d'application : 1er janvier 2017.

Validée par le CNP le 28 avril 2017. – Visa CNP 2017-64.

Examinée par le COMEX JSCS du 4 mai 2017.

Résumé : la présente instruction a pour objet d'expliciter les dispositions du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Mots clés : établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) – contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) – état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) – état réalisé de recettes et de dépenses (ERRD) – règles budgétaires tarifaires et comptables applicables aux ESSMS – ratios d'analyse financière.

Références :

Articles L. 313-11, L. 313-12 (IV *ter*), L. 313-12-2, L. 314-2 et L. 342-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 22 décembre 2016 relatif au plan comptable M. 22 applicable aux établissements et services publics sociaux et médico-sociaux ;

Arrêté du 22 décembre 2016 modifiant l'arrêté du 9 décembre 2005 pris en application de l'article R. 314-13 du code de l'action sociale et des familles relatif à la transmission par courrier ou support électronique des propositions budgétaires et des comptes administratifs des établissements et services sociaux et médico-sociaux ;

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents transitoires mentionnés à l'article 9 du décret nº 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

Arrêté du 29 décembre 2016 fixant la composition des titres prévus à l'article R. 314-214 du code de l'action sociale et des familles et le niveau de vote des crédits d'investissement des établissements publics sociaux et médico-sociaux ;

Arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles ;

Instruction ministérielle Nº DGCS/SD5C/CNSA/2016/2016/304 du 10 octobre 2016 relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application ;

Instruction interministérielle nº DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établissements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV *ter*) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22) ;

Instruction nº DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code ;

Instruction nº DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

Annexes :

Annexe 1. – Les principales mesures du décret du 21 décembre 2016 (contenu et périmètre de l'EPRD, grandes étapes d'une campagne budgétaire sous l'empire de l'EPRD, autres mesures du décret et premiers éléments d'analyse de l'EPRD).

Annexe 2. – Arbres décisionnels (quel cadre s'applique à quel gestionnaire – équilibre réel ou équilibre strict).

Annexe 3. – Exemples de structuration particulière de l'EPRD pour les établissements publics rattachés aux CCAS.

Annexe 4. – Les modifications introduites dans le CASF pour permettre la mise en œuvre de l'EPRD et la coexistence de deux systèmes de tarification.

Annexe 5. – Fiche de calcul des ratios.

Annexe 6. – Analyse et décomposition du fonds de roulement net global (FRNG).

La ministre des solidarités et de la santé et la directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les présidents des conseils départementaux ; Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ; (directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale outre-mer) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales de la cohésion sociale ; directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations) (pour information).

1. Rappels de l'ensemble des réformes impactant le secteur médico-social

L'ensemble des textes d'application de la réforme de la contractualisation et de la tarification des établissements et services médico-sociaux prévus par les lois nº 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (article 58) et nº 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 (article 75) ont été publiés en décembre 2016. Ils généralisent les contrats pluriannuels d'objectifs et moyen (CPOM) dans le secteur médico-social, mettent en place un nouveau cadre de présentation budgétaire, l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) et réforment les règles d'allocation de ressources pour tous les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La présente instruction a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du décret du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

La réforme de la contractualisation pour l'ensemble des établissements et services médico-sociaux tarifés par les agences régionales de santé et de l'allocation de ressource des EHPAD s'accompagne de la mise en place de nouveaux cadres de présentation et d'une nouvelle procédure de tarification. Associés au CPOM et à un financement reposant sur une évaluation objective du niveau de perte d'autonomie et du besoin en soins requis pour les EHPAD, ils doivent permettre de s'abstraire d'une tarification fondée sur l'approbation des charges prévisionnelles des établissements et services pour passer à une analyse financière plus globale des établissements et services d'un organisme gestionnaire dans une perspective pluriannuelle. Dès l'exercice 2017, l'ensemble des EHPAD et des petites unités de vie (PUV) sera soumis à l'EPRD. Pour les autres établissements et services médico-sociaux concernés par l'obligation de signer un CPOM, l'EPRD devra être mis en place l'exercice suivant sa signature[1].

2. **Les enjeux de la réforme budgétaire et comptables**

Dans le système de tarification issu de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, le budget prévisionnel (BP) et le compte administratif (CA) sont avant tout destinés à fixer un tarif et à contrôler que les fonds alloués ont été utilisés conformément aux prévisions ayant servi de fondement à la fixation de ce tarif. Le schéma sous-jacent s'appuie donc nécessairement sur le renouvellement annuel du périmètre de charges historique. Ce périmètre est modulé en fonction de l'activité, des taux d'évolution courants des charges et de mécanismes spécifiques d'incorporation de résultat. Dans ce schéma, le niveau de charges prévisionnel, seul point de départ des prévisions budgétaires, est à la base du mécanisme de fixation du niveau de produits de tarification alloués. Le BP et le CA sont donc à visée essentiellement tarifaire par opposition à l'EPRD et l'ERRD, documents à visée budgétaire et financière.

Pour tous les établissements soumis à l'EPRD, le schéma est dorénavant inversé avec l'introduction de modalités de tarification rénovées. Il s'agit d'un pilotage par la ressource, passant par l'application d'équations tarifaires dans le cas des EHPAD et des PUV ou bien par la fixation de modalités tarifaires préétablies pour cinq ans dans le cadre du CPOM pour les autres établissements et services soumis à l'EPRD (relevant d'un CPOM-PH, AJA ou SSIAD/SPASAD). Le niveau de produits peut donc faire l'objet d'une prévision et les charges prévisionnelles sont adaptées à ce niveau de produits.

Au-delà de ses aspects techniques, cette nouvelle forme de tarification participe d'un mouvement plus global de renforcement de la gestion des organismes gestionnaires, en leur laissant toute la souplesse et marge de manœuvre nécessaire à un pilotage optimal et pérenne de leurs activités. Le rôle des autorités de tarification est recentré autour de l'accompagnement des organismes, le diagnostic et l'organisation territoriale et la planification. Un des apports importants de cette tendance est également la réconciliation des visions de l'exploitation et de l'investissement, en analysant leurs interdépendances, dans une optique résolument plus financière que seulement tarifaire, alors qu'ils ont été envisagés de manière trop isolée l'un de l'autre jusqu'à maintenant dans le champ social et médico-social.

L'exercice prospectif à réaliser dans le cadre de l'EPRD est donc axé sur la soutenabilité de l'activité, entendue comme l'ensemble des facteurs économiques et financiers permettant à l'organisme de porter son projet à long terme, de manière harmonieuse et propice à une adaptation permanente aux besoins évolutifs des personnes accueillies. L'autorité de tarification doit dorénavant apprécier la soutenabilité financière de l'organisme gestionnaire au regard des objectifs du CPOM en matière de réponse aux besoins des personnes accompagnées. Cette appréciation concerne plus précisément la situation financière de l'organisme, ses difficultés éventuelles et les facteurs de solidité à renforcer ou pouvant être développés. L'enjeu commun aux acteurs réside en la poursuite de l'activité et en la réponse aux besoins des territoires, la souplesse de gestion apportée par ces nouveaux outils budgétaires en est l'un de vecteurs.

L'EPRD est un cadre de présentation budgétaire conçu pour s'adapter à une logique de gestion dans un contexte de tarification à la ressource. L'EPRD est adapté à tout type d'établissement et service social et médico-social quel que soit son mode de tarification. Cette nouvelle logique de gestion doit permettre aux gestionnaires de s'adapter à leurs contextes locaux et aux attentes de

[1] Instruction n° DGCS/SD5C/2017/96 du 21 mars 2017 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 3 mars 2017 fixant le contenu du cahier des charges du contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) prévu au IV *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'articulation avec le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du même code.

leurs usagers de manière souple et dynamique, grâce à une vision à long terme et inter-établissements et services. C'est pourquoi l'EPRD regroupe au moins tous les budgets relevant du CPOM au sein d'un document unique.

3. **Le décret du 21 décembre 2016 et contenu de la présente instruction**

Pour tenir compte de l'ensemble de ces éléments, le décret du 21 décembre 2016 a été construit selon les quatre axes suivants :

- identification des dispositions existantes ne pouvant s'appliquer à une tarification à la ressource et à l'utilisation d'un EPRD ;
- modification des articles nécessitant une adaptation pour être applicables à la fois, à une tarification de droit commun (budget prévisionnel, compte administratif) et à une tarification à la ressource (EPRD) ;
- création d'une section comprenant des dispositions applicables aux ESSMS relevant d'un EPRD ;
- adaptation de mesures diverses, transitoires et finales (non codifiées dans le code de l'action sociale et des familles).

La présente instruction a pour objet à la fois d'expliciter ces différentes mesures et de proposer des premières méthodes d'analyse des EPRD/ERRD.

Cette instruction est complétée par plusieurs annexes :

- l'annexe 1 précise les principaux éléments de la réforme (contenu de l'EPRD/ERRD, périmètre des établissements et services devant être inclus dans ce document et les grandes étapes d'une campagne budgétaire, appui à l'analyse des EPRD et de ses ratios financiers) ;
- l'annexe 2 est composée de plusieurs arbres décisionnels = quel cadre s'applique pour quel établissement et services (période transitoire et cible à l'issue de la période transitoire) quel équilibre (réel ou strict) doit être retenu ;
- l'annexe 3 précise la structuration de l'EPRD pour les établissements publics et est illustrée de quelques exemples ;
- l'annexe 4 a pour objet de développer quelques modifications introduites dans le CASF pour permettre la mise en œuvre de l'EPRD et la coexistence de deux systèmes de tarification (sujets tarification, pluri annualité, fermeture d'ESSMS...) ;
- l'annexe 5 précise les modalités de calcul des ratios qui seront générés automatiquement par les cadres normalisés publiés par l'arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles[2] ;
- enfin, l'annexe 6 est consacrée spécifiquement à l'analyse du fonds de roulement net global.

Pour la ministre et par délégation :

La directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,
G. Gueydan

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

Le secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales,
P. Ricordeau

[2] Les cadres sont régulièrement mis à jour et sont disponibles au lien suivant : http://social-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/droits-et-aides/etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux/article/reforme-de-la-tarification.

ANNEXE 1

CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE, CONTENU ET PÉRIMÈTRE DE L'EPRD, GRANDES ÉTAPES D'UNE CAMPAGNE BUDGÉTAIRE SOUS L'EMPIRE DE L'EPRD ET PREMIERS ÉLÉMENTS D'ANALYSE DE L'EPRD/ERRD

Cette annexe a pour objet d'expliciter les principales mesures du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux ESSMS mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF. Il s'agit notamment de préciser les points suivants :

- le calendrier de mise en œuvre des EPRD dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) ;
- le contenu et le périmètre des différents cadres (EPRD complet, EPRD simplifié et EPCP) ;
- les grandes étapes d'une campagne budgétaire sous l'empire de l'EPRD/ERRD ;
- les mesures s'appliquant pendant la période transitoire ;
- les premiers éléments d'analyse de l'EPRD et des ratios l'accompagnant.

1. Le calendrier de mise en œuvre de l'EPRD pour chacun les deux CPOM prévus aux articles L. 313-12-2 et IV *ter* du L. 313-12 du CASF

1.1. *Dispositions relatives aux établissements privés, rattachés à un établissement public de santé ou rattachés à une collectivité*

Le calendrier de mise en œuvre des nouveaux cadres budgétaires et des nouvelles règles de tarification définies aux articles R. 314-210 à 244 du CASF est différencié en fonction de la nature juridique de l'organisme gestionnaire et de la catégorie d'établissements ou de services gérés. Ainsi, l'EPRD est applicable dorénavant aux ESSMS en tarification à la ressource et/ou aux ESSMS signataires d'un CPOM (ESSMS-PH, accueil de jour autonomes et les SSIAD/SPASAD[1]) :

- la première situation correspond aux EHPAD et PUV, dont les forfaits soins et dépendance sont calculés par le biais d'équations tarifaires depuis le 1er janvier 2017. Pour ces structures l'EPRD sera mis en place dès 2017 indépendamment de la signature d'un CPOM ;
- la seconde situation correspond aux établissements et services accueillant des personnes handicapées, aux AJA et aux SSIAD/SPASAD ciblés par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2016 et 2017, dont les modalités de fixation des ressources, notamment sous forme de dotation globalisée commune, seront fixées dans le cadre du CPOM. L'exercice suivant la signature du CPOM, les structures incluses dans son périmètre devront être soumis à l'EPRD.

Les formes de tarification à la ressource diffèrent entre ces deux catégories d'établissements et services, dans la mesure où sur le champ du handicap, à défaut d'une tarification objectivée et automatique (en l'attente des travaux menés dans le cadre du chantier SERAFIN-PH) c'est le CPOM qui permet de définir les ressources pluriannuelles des ESSMS. L'article R. 314-39-1 du CASF rend la pluri-annualité budgétaire obligatoire pour les ESSMS relevant des CPOM des articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2, indépendamment des règles spécifiques de détermination des forfaits « soins » et « dépendance » pour les EHPAD. C'est cette pluri-annualité budgétaire qui permet à ces ESSMS de passer à une tarification à la ressource. Ainsi, le V de l'article R. 314-39-1 du CASF dispose en ce sens que : « les CPOM signés en application des articles L. 313-12 (IV) et L. 313-12-2 sont soumis à une présentation budgétaire et tarifaire sous la forme d'un EPRD dans les conditions prévues au présent chapitre. »

L'ensemble de ces éléments explique la temporalité différente de passage à l'EPRD :

- dès le 1er janvier 2017 pour les EHPAD et les PUV, qu'ils aient signé ou non un CPOM = l'ensemble des EHPAD et des PUV est soumis à un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ;
- suite à la signature du CPOM pour les établissements et services relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF[2] afin de préparer le passage d'un mode de présentation à l'autre. Ainsi, pour ces

[1] Les SPASAD constitués en application de l'article 49 de la loi ASV doivent conclure un CPOM, dont les clauses obligatoires sont définies par l'arrêté du 30 décembre 2015 relatif au cahier des charges des SPASAD. Ce CPOM, est signé par le SPASAD expérimentateur ou les services qui le composent, le président du conseil départemental et le directeur général de l'ARS afin de mettre en place l'expérimentation d'un modèle intégré d'organisation, de fonctionnement et de financement. Pour ces derniers, il est préconisé d'attendre la fin de l'expérimentation pour signer un CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF.

[2] Les ESMS concernés par les dispositions de l'article L. 313-12-2 du CASF sont les suivants : établissements d'accueil de jour du champ personnes âgées, structures d'hébergement temporaires pour personnes âgées ou personnes handicapées, IME, IEM, IES, EEAP (et autres instituts accueillant des enfants handicapés), ITEP, CAFS, CAMSP, SESSAD, CMPP, CRP, CPO, MAS, FAM, SAMSAH, ESAT, BAPU, jardins d'enfants spécialisés, SPASAD et SSIAD

derniers, l'EPRD devra être mis en place l'année qui suit la conclusion du CPOM (dispositions de l'article R. 314-39-2 du CASF). Pour les établissements et services qui relèvent déjà d'un CPOM, plusieurs cas d'espèces sont donc à envisager pour la mise en place de l'EPRD :

– pour ceux qui auraient conclu un CPOM à compter du 1er janvier 2016 (en référence à l'article L. 313-12-2 du CASF), l'entrée en vigueur de l'EPRD pourra être effective à compter de l'exercice suivant et donc dès l'exercice 2017 ;

– pour les CPOM conclus antérieurement (avant le 1er janvier 2016 et donc au titre de l'article L. 313-11 du CASF – CPOM de droit commun), l'entrée en vigueur de l'EPRD est possible en cas d'accord entre les autorités de tarification et l'organisme gestionnaire sous réserve de la conclusion d'un avenant au CPOM. L'avenant devra fixer les modalités de mise en œuvre de l'EPRD. En l'absence d'avenant, l'EPRD sera mis en place lors du renouvellement du CPOM. Le nouveau CPOM devra être pris en application de l'article L. 313-12-2 du CASF ;

– si les ESSMS-PH, l'AJA ou les SSIAD/SPASAD d'un même organisme gestionnaire sont rattachés au périmètre d'un CPOM « EHPAD » signé au titre du IV *ter* de l'article L. 313-12, alors ces établissements seront intégrés à l'EPRD l'exercice suivant la conclusion du CPOM.

À noter : les établissements et services relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF intégrés à un CPOM relevant du L. 313-12 (IV *ter* – CPOM EHPAD) relèvent de l'EPRD l'exercice suivant la signature du CPOM. L'EPRD est bien préexistant au CPOM, mais il ne comporte que les EHPAD et les PUV avant sa conclusion hormis les établissements publics autonomes.

1.2. *Dispositions particulières pour les établissements publics autonomes et les établissements et services publics non dotés de la personnalité morale*

1.2.1. Pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes (EPSMS)

Compte-tenu de leur structure juridique et budgétaire, l'EPRD s'applique à tous les établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes (EPSMS), c'est-à-dire les établissements dotés de la personnalité juridique, qui gèrent un établissement ou un service relevant des articles L. 313-12 (IV *ter*) ou L. 313-12-2 du CASF (après signature du CPOM pour les contrats relevant de cet article).

En d'autres termes, l'EPRD s'applique en 2017 à tous les EPSMS qui gèrent, à titre principal ou annexe :

– un EHPAD ou une PUV, indépendamment de la signature d'un CPOM ;

– un ESSMS pour personnes handicapées ou un SSIAD qui a signé en 2016 un CPOM au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF, ou un avenant à un CPOM en cours mentionnant expressément l'utilisation d'un EPRD.

L'EPRD s'applique alors à l'ensemble des budgets de l'EPSMS (budget principal et budgets annexes), dès 2017.

Ainsi, à titre d'exemple, si un EPSMS est un EHPAD ou s'il gère un EHPAD dans le cadre d'un budget annexe, il devra présenter un EPRD pour l'ensemble de ses budgets (budget principal et budgets annexes), y compris pour les budgets qui ne relèvent pas de la compétence tarifaire du directeur général de l'ARS ou du président du conseil départemental [budgets relevant de la compétence du préfet[3] ou budgets non financés sur des fonds publics : budget de production et de commercialisation d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), service industriel et commercial (SIC) et dotation non affectée (DNA)].

1.2.2. Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics rattachés à un CCAS ou un CIAS

Pour les ESSMS rattachés à un CCAS ou un CIAS, leur budget devra être présenté sous la forme d'un EPRD si ces ESSMS sont :

– un EHPAD ou une PUV, indépendamment de la signature d'un CPOM ;

– un ESSMS pour personnes handicapées ou un SSIAD/SPASAD qui a signé en 2016 un CPOM au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF, ou un avenant à un CPOM en cours mentionnant expressément l'utilisation d'un EPRD.

[3] Dans ce cas, conformément à l'article R. 314-210 du CASF, le préfet est également destinataire de l'EPRD. Si nécessaire, il peut communiquer ses observations au directeur général de l'ARS. Dans un objectif de tarification, le préfet disposera d'un budget prévisionnel dans les conditions actuelles.

2. **Le dispositif général**

2.1. *Trois cadres normalisés en fonction du statut juridique ou de l'habilitation à l'aide sociale des établissements et services*

Pour tenir compte, d'une part, de la grande hétérogénéité des statuts et de l'organisation des organismes gestionnaires et d'autre part, des règles spécifiques de la comptabilité publique, trois cadres - EPRD[4], EPRD simplifié et EPCP[5] - sont mis en place pour chaque cas de figure. Cependant, la logique reste la même et ce, quel que soit le modèle proposé.

Le contenu de chacun des documents est uniquement listé dans cette première partie. Il fera l'objet d'un développement ultérieur :

– le premier modèle dit « EPRD complet » s'applique au cas général ;
– le second modèle dit « EPRD simplifié » ne s'applique qu'aux établissements et services privés visés aux articles L 342-1 et R. 314-101 du CASF ;
– le troisième modèle intitulé « état prévisionnel des charges et des produits » ou EPCP ne s'applique qu'aux activités sociales et médico-sociales incluses dans le CPOM médico-social d'un établissement public de santé. Ce document n'a qu'une visée informative et tarifaire, puisque l'établissement public de santé reste soumis, par ailleurs, aux dispositions du code de la santé publique et à la production d'un EPRD « sanitaire » qui comprendra toujours l'ensemble de ses activités sanitaires et sociales ou médico-sociales.

Dans tous les cas l'EPRD ou l'EPCP se présente sous la forme d'un fichier Excel dont le nombre d'onglets dépend du nombre d'établissements et services qui y sont inclus. Il convient de souligner que des liens entre les onglets permettent l'implémentation directe de données budgétaires et financières. À chacun des trois cadres mentionnés ci-dessus correspond un fichier Excel propre, afin de prendre en compte les différentes catégories d'information à renseigner, selon les profils des organismes gestionnaires.

En complément, les organismes gestionnaires doivent transmettre des annexes, qui font également pour certaines l'objet d'un cadre normalisé à utiliser obligatoirement.

Pour la clôture d'un exercice, trois modèles d'ERRD[6]/ERCP[7] sont construits en miroir des documents prévisionnels (EPRD/EPCP) : un ERRD « complet », un ERRD « simplifié » et un ERCP. Il en est de même pour les documents annexés à ces cadres normalisés.

a) L'EPRD « complet »

i. Cas général

Un EPRD dit « complet » s'applique dans le cas général, c'est-à-dire pour tous les ESSMS[8] ciblés par la contractualisation obligatoire. Les deux seules exceptions concernent les établissements privés relevant de l'article L 342-1 du CASF et les activités rattachées à un établissement public de santé.

À noter : pour l'année 2017, compte tenu des dispositions transitoires mentionnées ci-après, ce modèle ne s'appliquera qu'aux établissements privés non soumis à l'article L. 342-1 du CASF ainsi qu'aux services privés. En effet, pour les établissements publics autonomes ou rattachés à une collectivité, l'EPRD est remplacé par un cadre prévisionnel de transition (*cf.* partie 3.6).

Par ailleurs, un organisme commercial peut être soumis à l'EPRD complet dès lors qu'il relève des cas de production d'un EPRD complet :

– exploitation d'EHPAD habilités à l'aide sociale (ou majoritairement) ;
– exploitation d'activités médico-sociales autres que des EHPAD.

Si l'organisme gère à la fois des EHPAD habilités (ou majoritairement) et des EHPAD non habilités (ou minoritairement), il peut demander à ses autorités de tarification de présenter un EPRD unique, auquel cas cet EPRD sera le cadre complet. S'il ne le demande pas, il présente un EPRD complet pour le périmètre habilité ainsi qu'un EPRD simplifié pour le périmètre non habilité (selon les dispositions de l'article R. 314-243 du CASF). Cette procédure est également valable si le gestionnaire exploite à la fois des EHPAD non habilités et des activités médico-sociales autres.

[4] État réalisé des recettes et des dépenses (EPRD).

[5] État réalisé des charges et des produits (EPCP).

[6] État réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

[7] État réalisé des charges et des produits (ERCP).

[8] Pour rappel, les ESSMS sont les suivants: EHPAD, PUV, établissements d'accueil de jour du champ personnes âgées, structures d'hébergement temporaires pour personnes âgées ou personnes handicapées, IME, IEM, IES, EEAP (et autres instituts accueillant des enfants handicapés), ITEP, CAFS, CAMSP, SESSAD, CMPP, CRP, CPO, MAS, FAM, SAMSAH, ESAT, BAPU, jardins d'enfants spécialisés, SPASAD et SSIAD.

L'EPRD « complet » doit comprendre : un ou des compte(s) de résultat prévisionnel(s) (CRP) portant sur les charges et les produits des ESSMS inclus dans l'EPRD. Ce dernier doit en effet compter autant de CRP que d'ESSMS qui y sont inclus.

L'article R. 314-214 du CASF précise que : « les comptes de résultats prévisionnels sont présentés par groupes fonctionnels. Le tableau de financement prévisionnel est présenté par titres. La composition des groupes fonctionnels et des titres est fixée par arrêté des ministres chargés des affaires sociales, de la comptabilité publique et des collectivités territoriales. ».

Ils sont présentés de la manière suivante :

– le CRP principal (P)[9] ;

– le cas échéant le ou les CRP annexes (A) pour chacun des ESSMS/budgets annexes.

Il convient de souligner que la distinction entre budget principal et budget annexe est sans portée budgétaire ou financière. Les règles qui leur sont applicables sont identiques.

L'EPRD « complet » comprend en outre :

– une synthèse de tous les résultats des CRP visibles sur un seul et même onglet ;

– Un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement (CAF) détaillée (onglet consolidé) ;

– un tableau détaillant la contribution de la CAF aux différents postes de besoins de long terme d'investissement et d'exploitation constituant le fonds de roulement net global (onglet consolidé) ;

– un tableau de financement prévisionnel (TFP – onglet consolidé) ;

– un EPRD synthétique qui permet de réaliser une première analyse de l'EPRD transmis puisqu'il reprend de façon synthétique les éléments de l'EPRD ;

– une projection des comptes de résultats prévisionnels sur un horizon de six ans, en préparation du plan global de financement pluriannuel (PGFP). Il est prévu que l'EPRD comporte autant de CRP projetés que d'établissements et services (ou budgets) inclus dans l'EPRD ;

– un plan global de financement pluriannuel (PGFP), simulant une trajectoire financière pluriannuelle, comprenant des ratios prévisionnels (onglet consolidé) ;

– un tableau de détermination du fonds de roulement (FDR) au 31/12/ N-1, issu du ou des bilans financiers des ESSMS concernés (onglet consolidé) ;

– un tableau pour les engagements hors bilan ;

– un tableau retraçant les principaux ratios d'analyse financière (onglet consolidé) ;

– un tableau de répartition des charges et opérations faites en commun inscrites dans les CRP.

À noter : s'agissant des frais de siège, les dispositions de l'article R. 314-215 du CASF disposent que : « le cas échéant, les services communs et les frais de siège sont répartis entre les différents comptes de résultat prévisionnels de l'état des prévisions de recettes et de dépenses »[10]. Ils ne font donc pas l'objet d'un CRP ou d'un EPRD spécifique. Le pourcentage de participation de chaque établissement et service est à préciser dans le tableau de répartition des charges communes. Il convient de souligner que les dispositions des articles L. 314-7 et L. 313-11 du CASF, ainsi que le I *quater* de l'article R. 314-42 du CASF permettent de lier l'instruction d'une demande de frais de siège à la négociation du CPOM lorsque l'ensemble des ESSMS gérés par un organisme privé non lucratif relève du périmètre du CPOM.

Lorsque le CPOM comprend l'ensemble des établissements et services gérés par l'organisme privé non lucratif, le renouvellement de l'autorisation de frais de siège mentionnée à l'article R. 314-87 du CASF peut être accordé sur le fondement d'une demande simplifiée dont le formalisme sera défini ultérieurement. Je vous rappelle enfin que les dispositions relatives aux frais de siège sont codifiées aux articles R. 314-87 à R. 314-94-2 du CASF.

Le cadre complet permet d'avoir une vision exhaustive de la situation budgétaire et financière de l'organisme gestionnaire s'agissant du périmètre de l'EPRD.

[9] En application de l'article R. 314-215 du CASF, il ne peut pas s'agir d'un budget « frais de siège » ou d'un service commun.

[10] En conséquence, les frais de siège et les services communs ne peuvent pas faire l'objet d'un CRP.

ii. Cas des collectivités territoriales

Conformément à l'article R. 314-78 du CASF[11] relatif à la présentation budgétaire des activités sociales et médico-sociales rattachées à un CCAS, ou un CIAS, quel que soit le cadre budgétaire applicable à ces activités, un document budgétaire – budget prévisionnel ou EPRD selon le cas – doit être produit pour chaque budget annexe. Cela revient pour ces établissements à produire un EPRD complet par budget annexe, comme il produisait avant le passage à l'EPRD un cadre normalisé du budget prévisionnel par budget annexe.

À noter : le passage à l'EPRD ne modifie pas la structuration budgétaire du CCAS ou CIAS. Par exemple, un CCAS gérant deux EHPAD peut être organisé de deux manières différentes :

– soit il dispose d'un seul budget annexe qui comprend les deux EHPAD : dans ce cas il produit un seul EPRD avec un seul CRP ;
– soit il dispose un budget annexe par EHPAD dans ce cas, il produit deux EPRD.

b) L'EPRD « simplifié »

Un EPRD dit « simplifié » est mis en place pour les EHPAD, les PUV et les accueils de jour autonomes non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale ou minoritairement habilités. Il s'agit des ESSMS concernés par les dispositions des articles L. 342-1 et R. 314-101 du CASF.

Dans ce cadre, seuls les documents suivants sont opposables :

– un CRP principal et, le cas échéant, un ou plusieurs CRP annexe(s) selon le même ordonnancement de présentation que celui de l'EPRD complet lorsqu'il s'applique aux organismes gestionnaires privés ;
– une synthèse de tous les résultats des CRP visibles sur un seul et même onglet ;
– un tableau déterminant la contribution à une CAF globale de l'entité, laquelle n'est pas calculée en l'absence des données relatives à l'hébergement ;
– un tableau de répartition des charges communes inscrites dans les CRP.

Ce cadre simplifié permet d'avoir une vision partielle de la situation financière de ces établissements du fait de l'absence de transmission des données relatives à l'hébergement.

À noter : les habilitations à l'aide sociale départementale dont disposent les EHPAD peuvent conduire à s'interroger sur le modèle d'EPRD à utiliser. Dans ces situations, il convient de s'appuyer sur l'élément discriminant que constitue la présentation d'une section d'hébergement administrée ou pas (toujours sous réserve du dispositif établi en accord avec les autorités de tarification). Dès lors que la section hébergement n'est pas administrée, elle n'est pas présentée et l'EPRD à produire est l'EPRD simplifié.

c) Un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) pour les activités sociales ou médico-sociales relevant d'un établissement public de santé

S'agissant des activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé, c'est un état prévisionnel des charges et des produits (EPCP) qui est attendu.

Exemple : le budget d'un EHPAD qui est adossé à un EPS est lui-même budget annexe du budget de l'EPS. Il doit faire l'objet d'un compte de résultat prévisionnel spécifique au sein de l'EPCP.

Ainsi, dans ce cadre, l'EPCP se compose :

– d'un ou le cas échéant plusieurs comptes de résultats prévisionnels médico-sociaux par activités relevant du CPOM médico-social, selon la même logique de présentation que l'EPRD complet ;
– d'une fiche récapitulative – à titre d'information – portant sur la contribution de chacun des résultats comptables annexes et principal (EPS) à la construction de la capacité d'autofinancement globale et le tableau de financement prévisionnel de l'ensemble consolidé (EPS et ses budgets annexes) ;
– d'un rappel du ou des plans pluriannuels d'investissement (PPI) intégrant tous les ESSMS, relevant du CPOM médico-social validés et décrivant la déclinaison de ces PPI pour l'exercice en cours ;

[11] Article R. 314-78 du CASF : « I.- Chaque activité sociale ou médico-sociale relevant du I de l'article L. 312-1 qui est gérée par une collectivité territoriale ou un centre communal ou intercommunal d'action sociale est retracée dans un budget annexe de cette collectivité ou de cet établissement.
Les règles budgétaires et tarifaires propres aux établissements publics sociaux et médico-sociaux, fixées au paragraphe 1 de la sous-section 2 de la présente section, sont applicables à ce budget annexe.
Il en va de même des activités sociales et médico-sociales relevant du I de l'article L. 312-1 qui sont gérées par un établissement public national ou local, sans constituer son activité principale.
II. Lorsque cette activité relève d'une présentation budgétaire sous la forme d'un état des prévisions de recettes et de dépenses, son budget est fixé dans les conditions prévues à la section 4 du présent chapitre ».

– d'un tableau de répartition des charges communes.

C'est un document tarifaire et non budgétaire. L'EPCP n'est pas soumis à approbation, il peut néanmoins faire l'objet d'observations de la part des autorités de tarification (article R. 314-242 du CASF).

À noter : l'EPCP est à transmettre de manière distincte de l'EPRD sanitaire (ces deux documents relèvent de règlementations différentes).

2.2. *Les conditions d'équilibre des comptes de résultats prévisionnels (CRP)*

Dans le cadre complet et l'EPCP, le CRPP comme chacun des CRPA peuvent être, ou non, soumis à l'équilibre strict (les charges sont égales aux produits correction faite le cas échéant des lignes budgétaires, notamment de l'incorporation d'excédents ou déficits antérieurs), selon les établissements ou services dont il s'agit.

Les notions d'équilibre réel selon l'obligation ou non de respecter un équilibre strict sont définies respectivement aux articles R. 314-15 et R. 314-222 du CASF (développées en partie 4.1.4). Je vous invite à vous y référer.

Il convient de préciser que les ESSMS soumis à l'équilibre strict sont les ESSMS non concernés par la réforme de la contractualisation c'est-à-dire les ESSMS prenant en charge des personnes en difficultés spécifiques (CSAPA, ACT, CAARUD, LHSS, LAM), les centres de ressources, les ESSMS expérimentaux, les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle (UEROS) ainsi que les ESSMS relevant de la compétence des préfets, dès lors qu'ils sont intégrés à un CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 ou L. 313-12 (IV *ter*). Les ESSMS de ces catégories intégrés à un CPOM L. 313-11 (CPOM de droit commun) ne sont pas concernés par ces dispositions.

Les ESSMS soumis à la réforme de la contractualisation (*Cf.* note de bas de page n° 8), quant à eux, ne sont pas soumis à l'équilibre strict.

2.3. *Le périmètre de l'EPRD en fonction de celui du CPOM signé au titre de l'article L. 313-12 (IV* ter*) ou de l'article L. 313-12-2 du CASF et du statut du gestionnaire*

Concernant les organismes privés non lucratifs, privés commerciaux et les activités relevant d'un établissement public de santé (EPS), le périmètre de l'EPRD (ou de l'EPCP pour les ESSMS rattachés à un EPS) correspond obligatoirement à celui du CPOM sauf dans le cas présenté à la page 10 (cas de la gestion d'ESMS habilités et non habilités).

Les organismes privés non lucratifs peuvent étendre, sous réserve de l'accord des autorités de tarification, le périmètre de l'EPRD à tous les établissements et services qu'ils gèrent, situés dans le même ressort territorial que le CPOM. Cependant, les établissements inclus dans l'EPRD mais hors CPOM restent soumis à la procédure contradictoire de tarification et donc à la production d'un budget prévisionnel et aux règles d'équilibre prévues à l'article R 314-15 du CASF.

Lorsque qu'un organisme, quel que soit son statut juridique, gère un ou plusieurs ESAT, le(s) budget(s) de production et de commercialisation sont obligatoirement inclus dans l'EPRD (un CRP par budget).

Concernant les établissements publics médico-sociaux autonomes, l'EPRD comprend obligatoirement l'ensemble des activités qui relèvent de l'établissement public entité juridique, quel que soit le périmètre du ou des CPOM. Dans quelque cas certains établissements publics pourront donc produire un EPRD avec un périmètre supra régional. Dans le cas général (article R. 314-241 du CASF), l'ARS du lieu d'implantation de la direction de l'établissement centralisera l'approbation de l'EPRD après avoir recueilli l'avis des autres ARS et des conseils départementaux concernés. Par dérogation à l'article R. 314-241 du CASF, l'approbation de l'EPRD de l'établissement Antoine Koenigswarter (EPNAK) sera centralisée par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté en application de l'article 20 du décret 89-359 du 1er juin 1989 modifié.

Concernant les ESSMS publics non dotés de la personnalité juridique (ex : gérés par un CCAS), les activités devant faire l'objet d'une présentation en EPRD sont celles incluses dans le périmètre du CPOM. Dans ce périmètre, un EPRD devra être produit pour chaque budget annexe du CCAS/CIAS (un même type d'activité peut faire l'objet de plusieurs budgets annexes – ex : CCAS gérant 2 EHPAD).

3. **Les dispositions transitoires du décret en attente de la signature du CPOM**

Les gestionnaires d'EHPAD et de PUV doivent présenter pour ces établissements et services un EPRD dès 2017 sans attendre la signature d'un CPOM. Par ailleurs, les gestionnaires ayant signé un CPOM L. 313-12-2 du CASF prévoyant la mise en place de l'EPRD en 2017 sont également concernés par ces dispositions.

3.1. *Dans l'attente de la signature du CPOM pour les EHPAD/PUV*

Le gestionnaire[12] privé de plusieurs EHPAD ou PUV[13] regroupe ces établissements, lorsqu'ils sont implantés dans un même département, au sein d'un EPRD unique, jusqu'à la signature du CPOM. L'échelon régional n'est possible qu'à l'issue de cette phase transitoire, après la signature du CPOM régional avec l'accord de toutes les parties au contrat.

Le CRPP est le compte de résultat de l'EHPAD ou de la PUV le plus ancien ou celui dont les dépenses d'exploitation sont les plus importantes[14]. Après la signature du CPOM, le choix du CRP Principal relèvera du gestionnaire même si cette convention a vocation à s'appliquer également après la signature du CPOM.

À noter : ce choix vaut également pour les CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF.

Pour les établissements publics de santé l'EPRD prend la forme de l'EPCP et regroupera l'ensemble des EHPAD et des PUV situés dans un même département.

Pour les établissements publics autonomes qui gèrent un EPHAD ou une PUV, le cadre transitoire en 2017 puis l'EPRD à partir de 2018 regroupera l'ensemble des activités sociales ou médico-sociales de l'établissement public. De même, les budgets annexes des CCAS ou CIAS comprenant un EHPAD ou une PUV devront faire l'objet d'une présentation en cadre transitoire en 2017, puis en EPRD à partir de 2018, sans attendre la conclusion d'un CPOM. Le cas échéant, ces documents sont appliqués à l'ensemble des activités incluses dans le budget annexe comprenant l'EHPAD ou la PUV. Cependant, pour ces derniers et hormis pour les PUV et les EHPAD, les autres activités sociales ou médico-sociales resteront soumises à une procédure contradictoire de tarification et à la production d'un budget prévisionnel tant qu'elles ne seront pas incluses dans le périmètre d'un CPOM.

3.2. *Traitement de la section d'hébergement en attente de la signature du CPOM pour les EHPAD et les PUV*

Le tarif hébergement d'un EHPAD (ou PUV lorsqu'elles bénéficient d'une tarification ternaire) habilité à l'aide sociale ou majoritairement[15] dans l'attente de la signature du CPOM est fixé selon les modalités suivantes :

- ce tarif reste fixé selon la procédure contradictoire (production d'un BP au 31 octobre N-1 et applicabilité des articles R. 314-162 et R. 314-163 du CASF dans leur version antérieure au décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016[16]) ;
- l'affectation du résultat de cette section tarifaire est effectuée par le PCD[17] dans les conditions suivantes :
  - le traitement de la section tarifaire « hébergement » est assimilé au cas des budgets qui ne relèvent pas du périmètre du CPOM ;
  - les plus-values nettes de cession d'éléments d'actif sont affectées au financement de mesures d'investissement ;
  - il peut rejeter des dépenses sous certaines conditions, l'impact de ce(s) rejet(s) est pris en compte dans la fixation du tarif N+ 1 ou N+ ;
  - en cas d'absence de transmission des documents de clôture d'un exercice, il fixe d'office le montant et l'affectation du résultat.

En l'attente de CPOM les EHPAD habilité à l'aide sociale devront encore produire l'annexe 3-4 du CASF (dans sa version antérieure au décret n° 2016-814 du 21 décembre 2016) uniquement pour la partie hébergement de leur activité et les résultats sont encore affectées par l'autorité de tarification.

---

[12] Il s'agit ici des gestionnaires privés. Pour les EPSMS, l'EPRD regroupe obligatoirement l'ensemble des budgets de l'établissement entité juridique, indépendamment de la signature d'un CPOM. S'agissant des ESSMS publics gérés par un CCAS ou un CIAS, l'EPRD correspond au budget annexe concerné.

[13] Qu'elles bénéficient d'une tarification ternaire ou dérogatoire.

[14] Ce choix est sans conséquence budgétaire. Le traitement des CRP principal et annexes est identique.

[15] Et accueillant effectivement au moins 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale.

[16] Décret n°2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

[17] La compétence du PCD s'exerce sous réserve qu'une disposition contractuelle préexistante, incluse dans un CPOM du L. 313-11 ou dans la CTP, ne prévoit pas une libre affectation du résultat de la section « hébergement » par le gestionnaire en application de l'article R. 314-43 dans sa version antérieure au décret n° 2016-1815 du 21 déc. 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Si une telle disposition existe, le gestionnaire procède lui-même à l'affectation du résultat de la section « hébergement » en respectant les conditions précisées aux I, II et III de l'article R. 314-234, ainsi que le 2° alinéa de l'article R. 314-235.

À noter : si des conseils départementaux ont formalisé dans le cadre de la CTP une procédure spécifique de tarification de l'hébergement, il n'est pas utile de réinstaurer une procédure contradictoire qui équivaudrait à un retour en arrière ; l'idée étant bien de mettre fin dans le CPOM à cette procédure.

3.3. *L'affectation des résultats en attente de la signature du CPOM*

a) EHPAD/PUV

Dans l'attente de la signature du CPOM, les autorités de tarification peuvent s'opposer à l'affectation des résultats décidée par le gestionnaire. Le cas échéant, elles peuvent alors demander qu'une décision modificative soit prise. La LFSS pour 2017 introduit une disposition, permettant aux ATC de réviser les propositions d'affectation sur la base de l'examen de l'EPRD.

Il convient de préciser que le traitement des résultats comptables des exercices 2015 et 2016, au titre des exercices 2017 et 2018, permet d'inclure dans les forfaits globaux de soins et les forfaits globaux relatifs à la dépendance, un report à nouveau excédentaire ou déficitaire.

b) Autres établissements et services

Pour tous les gestionnaires et quelles que soient les activités ou le champ considéré, le compte administratif 2016 est élaboré et transmis selon les modalités actuelles. L'affectation du résultat est également conforme à l'article R. 314-51 du CASF, qui s'applique à tous les ESSMS jusqu'au 31 décembre 2016 (sauf pour les ESSMS bénéficiant des dispositions de l'article R. 314-43 du CASF dans sa version antérieure au décret n° 2016-1815). Le cas échéant, en cas de passage à l'EPRD, la reprise de l'excédent ou du déficit est opérée par la prise en compte du report à nouveau dans le tarif de l'année qui suit.

3.4. *Pour le CPOM relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF*

Cf. 1.1 de la présente annexe.

3.5. *Les CPOM signés au titre de l'article L. 313-11 du CASF*

Cf. 1.1 de la présente annexe.

3.6. *Période transitoire pour les ESSMS publics (dotés ou non de la personnalité juridique)*

L'article 9 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du CASF prévoit, pour les ESSMS publics dans le champ de la réforme budgétaire, une période transitoire en 2017, afin notamment de permettre l'adaptation des systèmes d'information. Ainsi, au titre de l'exercice 2017, l'EPRD est remplacé par un budget prévisionnel de transition. De ce fait, la structure budgétaire des EPSMS sous EPRD reste inchangée cette année. L'EPSMS disposera donc :

- Au titre des opérations d'exploitation :
  - d'un budget principal, qui comprend : une section d'exploitation qui retrace les opérations d'exploitation correspondant à l'activité principale de l'EPSMS ;
  - le cas échéant, d'un ou plusieurs budget(s) annexe(s) présentant une section d'exploitation qui retrace les opérations d'exploitation de l'activité annexe concernée.
- Au titre des opérations d'investissement :
  - une section d'investissement unique, qui retrace l'ensemble des opérations d'investissement de l'EPSMS, pour son activité principale et ses éventuelles activités annexes.

Les conditions d'équilibre du budget prévisionnel de transition sont réalisées dans les conditions suivantes :

- les prévisions budgétaires de la section d'exploitation et de la section d'investissement doivent être présentées en équilibre ou en excédent ;
- toutefois, la section d'investissement peut présenter un déséquilibre à hauteur de l'excédent des disponibilités sur le cumul des dépenses courantes d'exploitation et des dettes exigibles à court terme ;
- la section d'exploitation peut prévoir un déficit prévisionnel dont le montant doit être inférieur à la différence entre le fonds de roulement disponible au 1er janvier 2017 et le déficit prévisionnel de la section d'investissement.

Pour les EPSMS (autonomes), le modèle de compte de gestion est celui applicable aux budgets prévisionnels. Ces dispositions sont détaillées dans l'instruction interministérielle N° DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016 relative au cadre budgétaire applicable aux établis-

sements et services sociaux et médico-sociaux publics mentionnés à l'article L. 315-1 du code de l'action sociale et des familles et relevant des articles L. 313-12 (IV *ter*) ou L. 313-12-2 du même code (cadre budgétaire M22).

3.7. *Brève comparaison avec le budget prévisionnel (BP)*

Les nouveaux cadres de présentation du budget se distinguent fonctionnellement du budget prévisionnel (BP) sur plusieurs points. Tout d'abord, le BP est le plus souvent élaboré pour un établissement/service/activité, contrairement à l'EPRD qui regroupe une partie, voire tous les établissements/services/activités d'une seule et même entité gestionnaire. En outre, un recentrage sur l'analyse financière, explique la présence dans l'EPRD d'onglets inexistants dans le BP (PGFP, TFP, FDR, CAF détaillée, EPRD synthétique notamment).

La section d'investissement peut difficilement être assimilée à ces onglets car sa vocation est de contrôler les empois prévus des fonds de long terme, par rapport aux mécanismes tarifaires de soutien à l'investissement notamment. Ainsi, la section d'investissement ne présente qu'une vision partielle des équilibres que propose le nouveau cadre. Par ailleurs, pour des établissements et services privés ou gérés en budget annexe d'un CCAS/CIAS, même si des dérogations existent (article R. 314-83 du CASF), le périmètre de la section d'investissement du BP ne concerne que l'établissement, le service ou le budget annexe concerné, sur lequel porte le BP. Tous les onglets relatifs à la structure financière dans l'EPRD concernent l'ensemble de l'organisme gestionnaire (ou une partie) consolidé.

La section d'exploitation du BP est assez proche des CRP de l'EPRD à la fois dans sa construction et dans le périmètre pris en compte. Le périmètre étant l'organisme gestionnaire, les données bilancielles doivent correspondre au même périmètre que celui des comptes de résultat suivis au sein de l'EPRD. C'est pourquoi, outre la présence d'un compte de résultat prévisionnel par établissement/service/activité, un onglet de consolidation des données de tous les CRP est présent.

À noter : dans l'EPRD la présence de deux types de CRP selon que le budget concerné est ou n'est pas soumis à une présentation budgétaire en équilibre strict. La présentation en équilibre strict correspond également à celle en vigueur pour les BP et se traduit par la présence de lignes budgétaires.

D'autres onglets sont nouveaux par rapport au BP comme par exemples, le calcul de ratios financiers ou les engagements hors bilan ; ce dernier correspondant à une obligation comptable. Enfin, le tableau de répartition des charges communes a été incorporé dans l'EPRD, alors qu'il constitue une annexe au BP. Mais, il n'a changé, ni de forme, ni de destination.

De nouvelles annexes s'ajoutent au contenu de l'EPRD :

– l'annexe activité est isolée, alors qu'elle représentait auparavant une partie du BP, car elle doit être envoyée en amont de l'EPRD, au 31/10/N-1, comme évoqué par la suite. Cette activité prévisionnelle est mise à jour en janvier de l'année N lorsque l'établissement ou le service accueil des jeunes bénéficiaires de l'article L. 242-4 du CASF (« amendements Creton ») ;
– le 2° de l'article R. 314-223 du CASF issus du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 introduit une annexe financière qui doit être jointe à l'EPRD et qui permet d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs ou les différentes sections tarifaires.

Si l'analyse globale de l'EPRD ne peut se fonder sur cette seule répartition de charges pour entraîner un refus, cette répartition peut en revanche contribuer à remettre en cause les grands équilibres prévisionnels présentés par l'organisme gestionnaire en mettant en évidence des déséquilibres internes au budget ou bien entrer en contradiction avec les objectifs du CPOM. Cette annexe retrace pour les EHPAD les charges couvertes par les différentes sections tarifaires (soins, dépendance et hébergement) à partir des clés de répartition réelles qui ne sont plus, dans le nouveau modèle de la tarification, opposables aux établissements ou aux autorités de tarifications. Toutefois, concernant le contrôle de la bonne imputation des charges en fonction du financeur, l'autorité de tarification peut se fonder sur l'examen de l'annexe financière au regard des périmètres définis dans le décret n° 2016-1814 des charges pouvant être couvertes par les différents forfaits. Cette annexe concerne également les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les services Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH), également sous double compétence tarifaire.

Enfin, dans le cadre de la réforme, la possibilité sera ouverte aux autorités de tarification, de demander un relevé infra-annuel (RIA). Cette demande s'effectue dans le cadre de la transmission d'observations prévue au V de l'article R. 314-225 du CASF qui vaut approbation de l'EPRD. Ce document correspond à la mise à jour de l'EPRD initial à partir des charges et des produits réellement constatés sur les premiers mois de l'année et une projection actualisée sur les derniers mois. Il permet d'examiner le déroulement de l'exercice et la situation financière actualisée sur

le périmètre de l'EPRD, comparativement aux prévisions budgétaires et financières initiales, sans attendre l'ERRD, qui n'intervient qu'une fois l'exercice clôturé. La demande d'un RIA doit mentionner la date d'observation et le délai de transmission[18].

Le RIA reprend les mêmes onglets et items que l'EPRD. Cet élément n'existait pas dans le cadre de l'approbation du BP, la demande d'un RIA ne doit pas être systématique mais ciblée sur des organismes gestionnaires ou des établissements publics dont l'examen de l'EPRD révèle un risque en cours d'exécution qui justifie un suivi plus rapproché de votre part.

4. **Les grandes étapes budgétaires et comptables des ESSMS soumis à un EPRD**

Différentes étapes vont ponctuer le déroulement d'un exercice budgétaire :

– les différentes phases de campagne(s) budgétaire(s) ;

– l'exécution budgétaire ;

– la clôture de l'exercice comptable.

Ces différentes étapes sont détaillées ci-après.

4.1. *Les différentes phases de la campagne budgétaire des ESSMS soumis à l'EPRD*

La campagne budgétaire des ESSMS sous EPRD se compose de 4 grandes phases :

– la phase précédant la campagne, où des envois en amont de l'exercice, en N-1, doivent être réalisés ;

– la première phase de campagne budgétaire à proprement parler, avec la notification des ressources aux organismes gestionnaires par la ou les autorités de tarification ;

– la deuxième phase, centrée autour de l'élaboration et de la transmission de l'EPRD par les organismes gestionnaires ;

– la troisième phase, l'approbation des EPRD.

4.1.1. La phase précédant la campagne budgétaire

Sous l'empire de l'EPRD, pour le 31 octobre N-1, seule une annexe « activité » (au titre de l'exercice N) est à transmettre pour le 31 octobre N-1 aux autorités de tarification (ARS, CD) par ESSMS/activité. Cette annexe permettra de déterminer les tarifs journaliers applicables à l'exercice N, dès la notification des financements en début de campagne budgétaire.

Cette annexe ne fait pas l'objet d'une approbation (mais peut cependant faire l'objet d'observations dans un délai de 60 jours, conformément aux dispositions de l'article R. 314-219 du CASF).

En outre, l'autorité de tarification peut faire connaitre au gestionnaire ou à l'établissement public un montant indicatif des financements qui pourraient lui être autorisés, compte tenu des hypothèses retenues, selon les cas par le projet de loi de financement de la sécurité sociale ou le projet de budget du département concerné. Enfin, les EPSMS restent soumis à l'obligation de vote de leur budget pour le 31 octobre N-1, ainsi qu'à sa transmission au contrôle de légalité (pour être rendu exécutoire) et au comptable public (pour une mise en œuvre au 1er janvier N). C'est donc une décision modificative qui est adoptée suite à la notification des ressources par l'autorité de tarification.

À noter : dans le cas des EPSMS, le dépôt de l'EPRD sur la plateforme ImportEPRD ne concerne que la procédure de tarification et non celle du contrôle de légalité. L'EPRD déposé s'apparente ici à un dépôt « sans conditions particulières » au sens de l'application (EPRD initial[19]).

Indépendamment, ce document doit être transmis au contrôle de légalité s'il constitue une décision modificative. À l'inverse, il ne sera pas transmis au contrôle de légalisé s'il n'y a aucune différence notoire par rapport à l'EPRD initial transmis pour le 31 octobre de l'année précédente.

[18] À titre d'exemple (date et délai conseillés) : Date d'observation : 31 août N, délai de production : 1 mois => document à fournir pour le 30 septembre N. Le RIA sera établi à partir des dépenses et des recettes d'exploitation et d'investissement réelles du mois de janvier au mois d'août inclus et d'une projection sur ces mêmes dépenses et recettes pour les 4 derniers mois de l'année N. Même si la réglementation ne le prévoit pas expressément, le gestionnaire doit transmettre à l'appui du RIA un rapport qui explicite les évolutions notoires par rapport à l'EPRD initial.

[19] En effet, au sein de l'application, les décisions modificatives ne peuvent être déposées qu'après validation de l'EPRD.

4.1.2. La notification des ressources par la ou les autorités de tarification

L'article R. 314-220[20] du CASF précise les conditions dans lesquelles les produits de la tarification sont notifiés par l'ATC au gestionnaire ou à l'établissement public dans un délai de 30 jours qui court à compter de :

- la publication de la décision du directeur de la CNSA fixant les dotations régionales limitatives allouées aux ARS au titre de cet exercice ;
- ou de la publication de la délibération du conseil départemental fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses mentionnés au 2° alinéa de l'article L. 313-8 du CASF, au titre de cet exercice ;
- ou de la plus tardive des notifications de financements alloués au titre de cet exercice lorsqu'un ou plusieurs ESSMS/activités, relèvent d'une compétence tarifaire conjointe du DG ARS et du PCD[21].

La notification de ressources détermine également les prix de journée, forfaits journaliers ou tarifs horaires applicables aux établissements et services couverts par le CPOM. Pour les produits versés par l'assurance maladie, la notification est également adressée à la caisse d'assurance maladie qui verse le financement.

4.1.3. La transmission de l'EPRD et de ses documents annexes

Il convient de préciser en préambule que les articles R. 314-24 et R. 314-220 du CASF (pour les ESSMS relevant de l'EPRD) élargissent le champ des transmissions de courriers par voie électronique, pour l'instant réservées aux propositions budgétaires. Les décisions d'autorisation budgétaire et les décisions de tarification (ou arrêtés de tarification) peuvent être notifiées de façon dématérialisée.

De même, avec l'outil « importEPRD » de la CNSA, l'ensemble de la procédure de dépôt et d'approbation de l'EPRD, a vocation à être entièrement dématérialisée.

En revanche, le fait que le périmètre puisse être au maximum régional est un axe structurant dans l'application des nouvelles modalités de contractualisation et globalisation financière. De ce fait, l'outil « ImportEPRD » n'est pas en mesure cette année de prendre en charge le dépôt des EPRD des établissements publics implantés sur plusieurs régions. Ces derniers devront utiliser leurs modalités habituelles de transmission de leurs documents budgétaires, le temps que des solutions techniques soient mises en œuvre.

À noter : l'ensemble des SI (ImportEPRD ou encore Ecars) sont interfacés avec FINESS. Je vous invite à veiller à la fiabilité des données qui y sont enregistrées et à travailler en étroite collaboration avec les conseils départementaux pour que l'ensemble des données soient enregistrées par vos services.

a) La transmission de l'EPRD au titre de l'exercice N

Si l'autorité de tarification a notifié ses ressources avant le 31 mars de l'exercice N, l'organisme gestionnaire doit transmettre un EPRD avant le 30 avril.

Si l'autorité de tarification a notifié ses ressources après le 31 mars de l'exercice N, l'organisme gestionnaire doit transmettre l'EPRD dans les 30 jours qui suivent cette notification et, au plus tard, le 30 juin de l'exercice (dispositions de l'article R. 314-210 du CASF).

Dans le cas où le gestionnaire établit un EPRD pour le 30 juin sans avoir reçu la notification de la totalité de ses ressources, les prévisions de recettes peuvent inclure des sommes escomptées au cours de l'exercice, prévues dans le CPOM ou dans un engagement contractuel spécifique, et non encore notifiées, dont le montant est justifié dans le rapport budgétaire et financier mentionné à l'article R. 314-223 du CASF (*cf.* ci-dessous). L'absence d'observations de l'autorité de tarification sur ces montants ne vaut pas engagement de notification de ces financements.

Il convient de préciser que dans le cas d'un EPSMS soumis à la production d'un EPRD et gérant par ailleurs un ou plusieurs budget(s) relevant de la compétence du préfet (CHRS, etc.), celui-ci est également destinataire de l'EPRD. Le préfet peut donc formuler des observations sur ce document auprès du DGARS ainsi qu'à l'établissement (article R. 314-210 du CASF). Ces observations peuvent

[20] Les dispositions sont les suivantes : « 1° De la publication de la décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant les dotations régionales limitatives en application du II de l'article L. 314-3, pour les établissements et services relevant de l'article L. 314-3-1 ;

2° De la publication de la délibération du conseil départemental fixant l'objectif annuel d'évolution des dépenses en application de l'article L. 313-8, pour les tarifs fixés par le président du conseil départemental.

Dans le cas d'une tarification arrêtée conjointement par le directeur général de l'agence régionale de santé et le président du conseil départemental, le délai court à compter de la plus tardive des dates opposables à chacune de ces deux autorités ».

[21] Lorsque seule une partie des ESSMS/activités relèvent d'une tarification conjointe, cette date s'applique aussi aux ESSMS/activités de l'EPRD qui relèvent de la compétence exclusive de l'une de ces deux autorités de tarification.

porter sur les CRP qui relèvent de sa compétence, ainsi que sur l'équilibre global du budget (l'observation du préfet suffit à elle-même. Le DG ARS n'aura qu'à reprendre à son compte ces observations). L'ARS doit tenir compte de cet avis ou motiver une position qui s'en écarterait.

Par ailleurs, pour ces activités, le Préfet reste destinataire de budgets prévisionnels dans les délais et les conditions attachés à ce mode de tarification. Ces budgets prévisionnels n'ont alors qu'une vocation tarifaire.

À noter : chaque année, une communication importante est réalisée autour de la circulaire de campagne et de la notification des DRL afin d'informer l'ensemble des acteurs de la date de la campagne budgétaire. La volonté de l'administration centrale est d'essayer de publier en avril/mai, les DRL, afin que la campagne puisse se dérouler avant les congés d'été.

Mais, dans tous les cas de figure, et ce quelle que soit la date de notification des crédits, les OG doivent transmettre leur EPRD pour le 30 juin au plus tard. En effet, avec le CPOM et/ou la réforme de la tarification des EHPAD, les organismes gestionnaires doivent être en capacité d'estimer, peu ou prou, le montant des crédits escomptés/attendus. Quelle que soit la date de notification, l'EPRD devra être produit pour le 30 juin dans tous les cas.

Si une année, les notifications de crédits sont tardives, une première campagne de validation des EPRD sera réalisée en juillet. Après publication des DRL, seuls les OG qui se seraient trop éloignés de leur estimation devront représenter un nouvel EPRD, de leur propre initiative (décision modificative) (*cf.* les dispositions de l'article R. 314-229 du CASF).

b) La transmission des documents annexés à l'EPRD au titre de l'exercice N

Un certain nombre de documents sont à transmettre avec l'EPRD par les gestionnaires. À l'exception, des EPS, l'ensemble des gestionnaires doit transmettre, tout d'abord, un rapport budgétaire et financier (*cf.* article R. 314-223 du CASF) qui porte sur :

– l'analyse globale des équilibres généraux, qui explicite les hypothèses retenues en matière de dépenses et de recettes et retrace les principales évolutions par rapport à l'année précédente ;
– l'activité prévisionnelle et les moyens du ou des établissements et services, comparés aux derniers exercices clos, au regard notamment des objectifs du CPOM ;
– pour les dépenses de personnel, l'analyse de l'évolution de la masse salariale.

À noter : le rapport budgétaire et financier est un document qui doit permettre de comprendre les hypothèses établies par l'organisme gestionnaire pour réaliser les prévisions budgétaires et financières de l'EPRD. Il ne peut faire l'objet d'un modèle normalisé dans la mesure où il doit refléter les conditions particulières d'exploitation de l'organisme gestionnaire. Elles peuvent par exemple se référer aux objectifs du CPOM, aux projets mis en œuvre (investissement, ouverture nouvelle activité etc.) et aux choix organisationnels y concourant ou encore aux éléments de l'environnement local susceptibles d'impacter l'activité ou l'organisation de l'organisme (facteurs sociaux, institutionnels, géographiques, populationnels ou encore économiques et financiers). Il permet d'expliciter les spécificités de l'EPRD de l'organisme gestionnaire, qui peuvent être de tous ordres : spécificité comptable peu usitée par ailleurs, détail du retraitement de la CAF au regard des options de financement du parc mobilier et immobilier, retraitements éventuels dans l'imputation des comptes suite aux consignes de remplissage des cadres, situations temporaires expliquant une valeur aberrante des ratios et conditions de retour à des valeurs plus équilibrées etc.

Ensuite, il convient que l'ensemble des gestionnaires adresse :

– par ESSMS/activité, lorsque l'ESSMS/activité est cofinancé, l'annexe financière permet d'identifier les charges couvertes par les différents financeurs. Lorsque l'établissement relève du I de l'article L. 313-12 du CASF (EHPAD) ou du II du même article (PUV, ici lorsqu'elle bénéficie d'une tarification ternaire[22]), le modèle utilisé est celui figurant à l'annexe 5A de l'arrêté du 27 décembre 2016[23] lorsqu'il est habilité à l'aide sociale départementale et 5B du même arrêté lorsqu'il relève des articles L. 342-1 à L. 342-6. Pour les autres établissements et services relevant d'un cofinancement, le modèle utilisé est celui figurant à l'annexe 5C du même arrêté. (FAM, SAMSAH)[24] ;

[22] Lorsque la PUV bénéficie d'un forfait « soins », le modèle utilisé est l'annexe 5C. Lorsque la PUV bénéficie de l'intervention d'un SSIAD, le budget de la PUV est retracé dans deux CRP différents et deux annexes financières « mono-financeur » sont produites pour cet établissement.

[23] Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles (NOR : AFSA1619029A).

[24] Pour les SPASAD qui feraient l'objet d'un CRP unique, une annexe financière « mono-financeur » est à établir pour chacune des activités (SAAD et SSIAD).

– par ESSMS/activité, un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (article R. 314-224 du CASF) ;
– par ESSMS/activité, les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service.

Sont également joints, le cas échéant :
– le plan pluriannuel d'investissement actualisé (annexe 5 du PPI)[25] ;
– le plan relatif aux transports pour les MAS et les FAM qui assurent un accueil de jour (article R. 314-208 du CASF).

4.1.4. Les critères d'élaboration d'un EPRD et les notions d'équilibre réel et d'équilibre strict

Au préalable, il faut différencier l'équilibre réel qui concerne l'EPRD dans sa globalité et l'équilibre strict / non strict, qui concerne chacun des CRP intégrés dans l'EPRD, pris isolément.

a) L'équilibre global de l'EPRD

Le CASF définit deux types d'équilibre réel :
– l'équilibre réel mentionné à l'article R. 314-15 du CASF, applicable aux établissements et services relevant d'un budget prévisionnel ;
– l'équilibre réel applicable aux établissements et services qui relèvent d'un EPRD.

L'équilibre réel applicable aux établissements et services soumis à un budget prévisionnel est défini à partir de quatre conditions. On notera plus particulièrement la première qui prévoit un équilibre strict : « 1° La section d'investissement, la section d'exploitation du budget général, et les sections d'exploitation des budgets principal et annexes lorsqu'il en existe, doivent être présentées chacune en équilibre ; ».

S'agissant des établissements et services soumis à un EPRD, l'article R. 314-221 du CASF précise trois conditions auxquelles doivent répondre le budget :
– chacun des CRP respecte l'équilibre réel tel que défini à l'article R. 314-222 du CASF ;
– l'EPRD tient compte des engagements prévus au CPOM ;
– en cas de situation financière dégradée, il intègre les mesures de redressement adaptées[26].

Pour être en équilibre réel, au sens de l'article R. 314-222 du CASF, l'EPRD doit, en effet, respecter les cinq conditions suivantes :
– les produits de la tarification sont ceux notifiés ;
– les recettes et les dépenses sont évaluées de façon sincère ;
– le remboursement de la dette en capital n'est pas couvert par le produit des emprunts, sauf dans le cas de renégociation de ceux-ci ;
– la capacité d'autofinancement est suffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice ;
– les recettes affectées sont employées à l'usage auquel elles sont prévues.

L'équilibre réel de l'EPRD se différencie donc de l'équilibre réel du BP principalement par :
– le périmètre : vision de l'équilibre général des établissements et services inclus et globalisés dans l'EPRD ;
– le lien avec l'équilibre financier : la globalisation et l'accent sur la viabilité à long terme implique un résultat global qui peut être équilibré (au sens charges égales aux produits comme le BP) mais qui peut également être excédentaire ou déficitaire. C'est bien une vision sur la situation réelle, dans la mesure de ce qui peut être anticipé, qui est attendue. Un déficit doit être compatible avec le PGFP. Le cas échéant, il conviendra que l'organisme gestionnaire explique (notamment dans le rapport budgétaire et financier) soit les raisons d'un déficit global temporaire soit les mesures mises en œuvre pour renouer avec la soutenabilité de l'activité ;
– l'introduction de la CAF, qui doit couvrir l'annuité de remboursement : l'interaction entre investissement et activité courante est soulignée, et non plus seulement la cohérence des ressources et des emplois d'investissement (cohérence de la section d'investissement du BP).

[25] Il s'agit ici d'actualisations qui ne nécessitent pas une nouvelle approbation du PPI. A l'inverse, l'approbation du PPIF de chaque ESSMS qui ne relève pas des articles L. 34261 à L. 342-6 est maintenue, conformément aux articles L. 314-7 (I), R. 314-20 et R. 314-27. L'articulation entre l'EPRD et le PPI est précisée dans le corps de l'instruction.

[26] Dans le cas d'un EPRD simplifié, une situation financière dégradée s'analyse au niveau des charges et des produits des différents CRP même si cette analyse est parcellaire en l'absence d'information financière sur l'activité « hébergement » des EHPAD de l'EPRD.

À noter : concernant le quatrième critère, les deux sens de compatibilité sont entendus : si la CAF ne couvre pas l'annuité de remboursement, les prévisions doivent envisager soit une renégociation des emprunts afin de réduire l'annuité soit des mesures visant à dégager une CAF plus élevée.

b) L'équilibre non strict des CRP

En complément, les comptes de résultats prévisionnels qui composent cet EPRD sont également soumis à des critères d'équilibre. Le cas le plus fréquent sera celui des CRP des ESSMS/activités qui relèvent, séparément ou conjointement, de la compétence tarifaire du DG ARS et/ou du PCD et qui sont inclus dans le périmètre du CPOM mentionné aux articles L. 313-12 (IV *ter*) ou de L. 313-12-2 (c'est-à-dire pour lesquels une pluriannualité budgétaire est fixée). Ces CRP peuvent être à l'équilibre (résultat prévisionnel neutre) ou présenter un résultat prévisionnel excédentaire, mais surtout la réglementation permet de faire apparaître un déficit prévisionnel dès lors que ce déficit reste compatible avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

À noter : contrairement au PGFP applicable aux établissements publics de santé, le PGFP « médico-social » n'est pas un document à part entière mais une composante de l'EPRD. À ce titre, ce PGFP ne fait pas l'objet d'une approbation spécifique et, si le déficit prévisionnel de l'exercice est incompatible à terme avec la situation financière des ESSMS/activités concernés, c'est l'EPRD qui est refusé. Si le déséquilibre financier apparait à partir d'un exercice postérieur à celui de l'EPRD, celui-ci fait l'objet d'observations.

Ce régime est également applicable aux EHPAD et aux PUV dès 2017, même en l'absence de CPOM, sauf pour le tarif d'hébergement des EHPAD et des PUV[27] habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale qui fera encore l'objet d'une procédure contradictoire de tarification en l'absence de CPOM.

c) L'équilibre strict des CRP et cas particuliers

La règle présentée ci-dessus constitue la règle générale, toutefois les établissements publics autonomes doivent présenter l'ensemble de leurs budgets dans un même EPRD. De plus, les gestionnaires privés non lucratifs peuvent être autorisés à regrouper dans l'EPRD l'ensemble de leurs activités, même celles qui ne sont pas incluses dans le périmètre du CPOM. Dans ces deux cas de figure des activités sociales ou médico-sociales qui restent soumises à une procédure de tarification contradictoire voire des activités non tarifées peuvent être comprises dans le périmètre de l'EPRD. Par conséquent, ces CRP seront soumis à des règles d'équilibre adaptées. Trois exceptions à la règle générale sont identifiées :

– les ESSMS/activités qui relèvent de la compétence tarifaire du préfet ou ceux qui, bien que relevant de la compétence exclusive ou conjointe du DGARS ou du PCD, ne font pas l'objet d'une pluri-annualité budgétaire dans le cadre du CPOM ;

– les SIC et les DNA des EPSMS[28] ;

– les budgets de commercialisation et de production des ESAT[29].

1) Dans le cas des ESSMS/activités relevant de la compétence du préfet, ou de la compétence exclusive ou conjointe du DGARS et/ou du PCD lorsqu'ils ne sont pas inclus dans le périmètre du CPOM sont présentés en équilibre strict, les CRP correspondants doivent être présentés en équilibre strict : les charges sont égales aux produits correction faite le cas échéant de lignes budgétaires 002 ou 005 : amortissements comptables excédentaires différés ou report à nouveau excédentaire ou déficitaire, conformément au 2° du II de l'article R. 314-222 du CASF qui précise : « 2° Les comptes de résultat prévisionnels des établissements et services qui relèvent de la compétence tarifaire du préfet ou qui relèvent, séparément ou conjointement, de la compétence tarifaire du directeur général de l'agence régionale de santé et du président du conseil départemental mais qui ne sont pas inclus dans le périmètre du contrat mentionné au 1°, sont présentés en équilibre conformément au 1° de l'article R. 314-15 du CASF ; ».

[27] PUV bénéficiant d'une tarification ternaire.

[28] Dans le cas de gestionnaires privés, ces budget ne seraient pas inclus dans le périmètre de l'EPRD puisqu'il ne s'agit pas d'ESSMS au sens du I de l'article L. 312-1.

[29] Conformément à l'article R. 344-9 qi précise que : « L'exploitation des établissements et les services d'aide par le travail est retracée au sein de deux budgets : le budget principal de l'activité sociale de l'établissement et le budget annexe de l'activité de production et de commercialisation. », le budget d'un ESAT dans un environnement « EPRD » est présenté sous la forme de deux CRP. Le CRP du budget principal (activité sociale) peut être à l'équilibre ou présenter un excédent ou un déficit prévisionnel dans les conditions définies dans le cas général (compatibilité avec le PGFP. Le CRP du budget annexe de production et de commercialisation doit répondre à des règles d'équilibre spécifiques.

2) Les CRP relatifs aux services industriels et commerciaux (SIC[30]) et aux dotations non affectées (DNA[31]) sont présentés en équilibre, conformément au 1° de l'article R. 314-15 du CASF, ou en excédent. Il s'agit ici de budgets qui ne relèvent pas du I de l'article L. 312-1 du CASF. Ces CRP ne peuvent présenter de déficits. Conformément au 3° du II de l'article R 314-222 du CASF : « 3° Les comptes de résultats prévisionnels afférents aux activités mentionnées à l'article R. 314-74[32] sont présentés en équilibre, conformément au 1° de l'article R. 314-15, ou en excédent ».

3) Les budgets de commercialisation ou de production d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) peuvent présenter un déficit si les réserves et reports à nouveau constitués sur ce budget en maintiennent l'équilibre financier. Le 4° du II de l'article R. 314-222 du CASF précise : « 4° Les budgets de commercialisation ou de production d'un établissement ou service relevant du a du 5° du I de l'article L. 312-1 peuvent présenter un déficit si les réserves et reports à nouveau constitués sur ce budget en maintiennent l'équilibre financier. ».

Dans le cas spécifique des activités sociales et médico-sociales gérées par un établissement public de santé, les règles d'équilibre budgétaire applicables à l'EPCP sont celles définies dans le code de la santé publique (CSP). L'article R. 314-75 du CASF, qui précise pour ces activités les matières relevant respectivement du CSP et du CASF, renvoie aux dispositions des articles R. 6145-1 à R. 6145-20 du CSP[33].

De même, en application de l'article D. 6145-31 du CSP, l'EPCP intègre, en cas de situation financière dégradée, les mesures de redressement adaptées au niveau des charges et des produits des différentes activités pour ce qui les concerne. L'état prévisionnel des charges et des produits et l'EPRD de l'établissement de santé tiennent compte des engagements prévus au CPOM « médico-social » en application des articles L. 313-12 (IV ter) et L. 313-12-2 du CASF.

4.1.5. Les règles d'approbation de l'EPRD (articles R. 314-225 et R. 314-226 du CASF)

a) L'approbation de l'EPRD

S'agissant de l'approbation de l'EPRD, le principe retenu est celui d'une approbation tacite, puisque l'EPRD n'est pas une demande de moyens mais un budget basé sur une prévision de recettes et de dépenses que le gestionnaire doit réaliser de manière sincère. Ainsi, l'autorité de tarification dispose d'un délai de 30 jours, suite à la date de réception pour faire part de son opposition à l'EPRD, délai au-delà duquel l'EPRD est réputé approuvé.

En revanche, l'approbation est expresse pour les établissements confrontés à des difficultés (établissements signataires d'un plan de redressement ou d'un contrat de retour à l'équilibre financier). Cela signifie que l'EPRD est réputé rejeté au-delà du délai des 30 jours, en cas de silence des autorités de tarification.

L'approbation ou le rejet de l'EPRD relève de la compétence du DG ARS lorsque les établissements et services relèvent de sa compétence exclusive. Cette compétence est conjointe avec le ou les présidents du (des) conseil(s) départemental(aux) concerné(s) lorsqu'un au moins des établissements et services inclus dans l'EPRD est financé conjointement (*cf.* dispositions du III de l'article R. 314-225 du CASF).

Le rejet de l'EPRD doit être motivé et notifié au gestionnaire par l'autorité de tarification.

---

[30] Par exemple, un atelier protégé.

[31] Par exemple, la gestion d'un bien immobilier.

[32] Article R. 314-74 du CASF : « lorsqu'un établissement public social ou médico-social gère une activité qui ne relève pas des dispositions du I de l'article L. 312-1, le résultat excédentaire du budget annexe correspondant peut être affecté, sur l'exercice suivant, soit à un compte de réserve de compensation, soit au financement d'opérations d'investissement, soit au financement de mesures d'exploitation du budget général. Le résultat déficitaire ne peut pas être repris sur l'un des budgets correspondant aux activités sociales ou médico-sociales ».

[33] *Cf.* les dispositions de l'article R. 6145-11 du CSP qui précise que :
« Le budget remplit les conditions suivantes :
1° Chacun des comptes de résultat prévisionnels est présenté en équilibre ; toutefois, le compte de résultat prévisionnel principal et les comptes de résultat prévisionnels annexes des activités mentionnées au 1°, 2° et 4° de l'article R. 6145-12 peuvent être présentés en excédent;
Par dérogation au 1°, le compte de résultat prévisionnel principal et les comptes de résultat prévisionnels annexes mentionnés aux 2° et 4° de l'article R. 6145-12 peuvent prévoir un déficit si celui-ci est compatible avec le plan global de financement pluriannuel (…). ».
Ainsi que les dispositions de l'article R. 6145-12 du CSP : « Les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique. Toutefois, font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivants : […]
2° Les unités de soins de longue durée ; […]
4° Les établissements et services d'hébergement des personnes âgées, mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;
5° Les services de soins infirmiers à domicile ;
6° Les autres activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 6111-3, regroupées en un ou plusieurs comptes de résultat prévisionnels annexes.
Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal […]».

À noter : la procédure de dématérialisation de la procédure de validation permet de transmettre *via* ImportEPRD les motifs commentés d'un rejet (dès lors qu'il n'est pas tacite).

La décision peut être fondée sur des aspects formels (présentation non conforme au modèle ou pièces manquantes), sur le non-respect des règles d'équilibre définis à l'article R. 314-222 du CASF, l'incompatibilité de l'EPRD avec des engagements du CPOM, l'absence de mesure de redressement adaptée en cas de situation financière dégradée (article R. 314-221 du CASF), l'évolution des équilibres et des ratios financiers ou sur la répartition d'une dotation globalisée commune entre les CRP de l'EPRD (R. 314-225 du CASF). Les autorités de tarification ont donc une marge d'appréciation sur la ventilation des crédits de la dotation globalisée au regard de l'activité et du bon fonctionnement des structures.

L'article R. 314-226 du CASF dispose ensuite que : « Dans le cas où l'état des prévisions de recettes et de dépenses est rejeté, un nouvel état des prévisions de recettes et de dépenses est établi dans un délai de trente jours suivant la décision de rejet. Il tient compte des motifs de rejet qui lui ont été opposés. Si ce nouvel état n'est pas établi dans le délai et les conditions impartis, le directeur général de l'agence régionale de santé, le cas échéant après avis du président du ou des conseils départementaux concernés, fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements et services mentionnés aux articles R. 314-80 et R. 314-101 ». Le décret n'encadre pas le délai dans lequel doit être arrêté l'EPRD par le DGARS. Cependant, cet EPRD devra être transmis dans des délais raisonnables à l'organisme gestionnaire concerné et en tout état de cause avant le 1er octobre de l'exercice concerné, afin de ne pas mettre en difficulté ce dernier et en lien avec le fonctionnement de l'application « ImportEPRD ». Cette préconisation est valable également dans le cas des établissements publics pour lesquels la procédure prévue à l'article L. 1612-5 du code général des collectivités territoriales est mise en œuvre (*cf.* p29).

En cas d'approbation conjointe, le refus par l'une des deux autorités de tarifications impose au gestionnaire de représenter un nouvel EPRD aux deux autorités de tarification en prenant en compte les motivations de la décision de refus initiale. La seule exception à ce principe concerne l'approbation des EPRD des établissements publics médico-sociaux implantés sur plusieurs régions qui est centralisée par l'ARS d'implantation de la direction de l'établissement (article R. 314-241 du CASF) ou par l'ARS Bourgogne-Franche-Comté pour l'établissement public Antoine Koenigswarter (EPNAK) (article 20 du décret 89-359 du 1er juin 1989 modifié).

Afin de faciliter la coordination de l'instruction des EPRD et dans l'optique de faciliter le processus de décision conjointe, l'application « ImportEPRD » prévoit également l'accès à un tableau commun, visible par tous les co-financeurs, des décisions enregistrées par chacun d'entre eux, en cours de processus (qui sont donc des propositions tant que la décision finale conjointe n'est pas arrêtée et en dehors d'une décision de rejet par l'un des co-valideurs). Vous êtes néanmoins invités à mettre en place en complément les procédures d'échanges et de gestion des dossiers communs que vous jugerez utile afin de faciliter la coordination entre vos services et ceux des conseils départementaux dans un contexte où les délais d'examen des EPRD seront contraints.

Le V de l'article R. 314-225 du CASF dispose également que l'ATC peut formuler des observations sur l'EPRD tout en l'approuvant et demander un relevé infra-annuel (la date et délai de transmission devront être précisés). Le modèle de relevé est fixé par arrêté[34].

Les états prévisionnels des charges et des produits transmis par les établissements publics de santé ne sont pas soumis à approbation. Ils peuvent faire l'objet d'observation de la part des autorités de tarification (article R. 314-242 du CASF). En effet, les EPS produisent par ailleurs un EPRD qui reprend l'ensemble de leurs activités, y compris médico-sociales, et qui est lui soumis à approbation dans les conditions prévues au code de la santé publique.

b) Articulation entre le PPI et les onglets « PGFP » de l'EPRD

L'article R. 314-20 du CASF reste applicable compte tenu de la nécessité d'une approbation des plans pluriannuels d'investissement dans les conditions définies au I. de l'article L. 314-7 du CASF, indépendamment d'un environnement EPRD. Les dispositions relatives à l'approbation des plans pluriannuels d'investissement restent en vigueur (article R. 314-20 et L. 314-7 du CASF) et le PGFP, inclus dans l'EPRD, ne remplace pas le ou les PPI. En effet, bien qu'il existe des PPI consolidés (à l'échelle de tout le gestionnaire), notamment quand le gestionnaire est sous CPOM, ils restent relativement rares et comportent toujours une présentation par établissement et service.

[34] *cf.* arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du CASF.

À noter : sur le plan pratique, le cadre de présentation des PPI doit être adapté aux établissements et services présentant leurs prévisions en mode EPRD. Une réflexion et des travaux intéressants ont été initiés à l'occasion d'un groupe de travail DGCS/CNSA/EHESP ayant pour trait de réussir à combiner le nécessaire détail de PPI par établissement / service avec le mode de présentation modernisé de l'EPRD.

Pour le secteur médico-social, le PGFP est prévu à l'article R. 314-213 du CASF et il doit prévoir la trajectoire financière de l'organisme gestionnaire sur une période glissante de 6 ans. Il doit prévoir les incidences d'exploitation et d'investissement du programme d'investissements qui est mis en place par le gestionnaire. La négociation du CPOM doit être l'occasion pour l'organisme gestionnaire de présenter ses projets d'investissements. Il est intégré dans l'EPRD où il permet de visualiser l'évolution des grands équilibres financiers au niveau global. C'est pourquoi les deux documents – le PPI et les deux onglets « PGFP » de l'EPRD - sont complémentaires et permettent cette vision d'ensemble, globale et unitaire, seule à même de faciliter la compréhension des cas les plus complexes.

c) Conséquences d'un refus ou rejet de l'EPRD

Les conséquences d'un refus ou d'un rejet de l'EPRD s'apprécient au regard du statut juridique de l'entité gestionnaire.

– Pour les gestionnaires privés

Dans le cas où l'EPRD est refusé par une autorité de tarification, le gestionnaire fixe, dans un délai de trente jours suivant cette décision, un nouvel EPRD tenant compte des motifs de refus qui lui ont été opposés.

S'il ne fixe pas ce nouvel EPRD dans les délais impartis ou si ce document ne prend pas en compte les motifs de refus, le DGARS, le cas échéant conjointement ou après avis du ou des PCD concernés, fixe l'EPRD des établissements et services mentionnés aux articles R. 314-80 du CASF (pour les ESSMS privés non lucratifs) et R. 314-101 (pour les ESSMS commerciaux). Les montants des charges fixés par groupe fonctionnel des différents comptes de résultat prévisionnels ont un caractère limitatif.

– Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics (hors EPS)

Dans le cas où l'EPRD n'est pas approuvé par une autorité de tarification, le conseil d'administration de l'ESSMS adopte, dans un délai de trente jours suivant cette décision, un nouvel EPRD, tenant compte des motifs de refus qui lui ont été opposés.

S'il n'adopte pas ce nouvel EPRD dans les délais impartis ou si ce document ne prend pas en compte les motifs de refus, les compétences de l'autorité de tutelle (DGARS ou Préfet sur saisine des autorités de tarification) sont mises en œuvre conformément aux articles L. 315-14 du CASF et L. 1612-5 du code général des collectivités territoriales (CGCT) (EPRD arrêté d'office). Au terme de cette procédure, les crédits inscrits à l'EPRD (groupes fonctionnels des différents comptes de résultats prévisionnels et titres du tableau de financement prévisionnel) ont un caractère limitatif.

– Pour les établissements publics de santé, il convient de préciser que ce sont les règles du code de la santé publique qui s'appliquent

L'EPRD M21 est arrêté d'office dans les conditions prévues aux articles L. 6145-1 et L. 6145-2 du CSP (EPRD arrêté d'office par le DGARS qui agit en tant qu'autorité de tutelle de l'EPS). Au terme de cette procédure, les crédits de l'EPRD ont un caractère limitatif. Ainsi, il convient de prévoir des échanges entre ATC pour la fixation de l'EPRD définitif arrêté d'office.

4.2. *L'exécution budgétaire*

Cette quatrième phase comprend tous les événements qui peuvent marquer le déroulement de l'exercice budgétaire : virements de crédits, décision modificative et élaboration d'un RIA principalement.

Les notions de virement de crédits et de décision modificative nécessitent dans un premier temps de revenir sur celles de crédits limitatifs et de crédits évaluatifs.

Plus particulièrement adaptées à la comptabilité publique, elles peuvent s'appliquer également aux organismes privés et constituer un aspect du principe de prudence en matière budgétaire.

Dans un environnement EPRD, l'article R. 314-218 du CASF précise qu'à la différence des établissements publics relevant d'un budget prévisionnel, seules les dépenses de personnel présentent un caractère limitatif. Les autres groupes fonctionnels (exploitation) ou titres (investissement) de dépenses ont un caractère évaluatif (situation comparable aux établissements publics de santé).

Pour les établissements et services privés présentés en EPRD, l'ensemble des crédits ont un caractère évaluatif. La disponibilité des crédits est donc appréciée au niveau global. L'ensemble de ces crédits deviennent limitatifs lorsque l'EPRD est arrêté d'office.

4.2.1. Les virements de crédits

Le principe retenu est le même que celui de l'actuelle réglementation. Les virements de crédits sont des mouvements de compte à compte qui permettent le financement de charges nouvelles ou plus importantes que celles prévues à l'EPRD exécutoire, par des économies d'un montant identique sur d'autres dépenses prévues au même budget. Aucun virement de crédit ne peut être opéré par ponction sur des sommes destinées à couvrir des charges certaines de l'exercice, notamment la rémunération du personnel effectivement en activité dans l'établissement ou le service.

Les économies réalisables sur des charges de personnel doivent être employées en priorité au provisionnement adéquat des charges afférentes aux départs à la retraite et au compte épargne-temps.

Pour les EPSMS, les virements de crédits entre groupes fonctionnels sont portés à la connaissance du comptable public.

L'article R. 314-238 du CASF précise que le conseil d'administration des EPSMS est compétent pour adopter les virements de crédits qui viennent abonder un groupe fonctionnel ou un titre revêtant un caractère limitatif. Les autres virements de crédits relèvent de la compétence du directeur de l'établissement. Enfin, les virements de crédits doivent être portés à la connaissance du comptable public.

4.2.2. Les décisions modificatives

Les décisions budgétaires modificatives visent à modifier le montant initial des prévisions budgétaires votées. Elles consistent, soit à financer des charges nouvelles ou plus importantes que celles prévues à l'EPRD exécutoire par des recettes nouvelles ou plus importantes, soit à diminuer le montant des recettes et des dépenses de l'EPRD exécutoire.

Une décision modificative est présentée dans le délai d'un mois lorsque :

– pour les établissements publics, l'un des groupes fonctionnels qui revêt un caractère limitatif est insuffisamment doté et qu'il n'est pas abondé par un virement de crédit ;
– une dépense engagée sur un compte éventuellement non doté ou insuffisamment doté au budget approuvé est de nature à bouleverser l'économie générale du budget ;
– les évolutions de l'activité de l'établissement ou du service ou du niveau de ses dépenses sont manifestement incompatibles avec le respect de l'économie générale du budget.

L'économie générale du budget est regardée comme bouleversée lorsque notamment l'une au moins des conditions suivantes est remplie :

– la prévision actualisée de la CAF est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts à échoir au cours de l'exercice ;
– la prévision actualisée du prélèvement sur le FDR excède FRNG disponible au 1er janvier de l'exercice.

De plus, l'autorité de tarification peut, en cours d'exercice budgétaire et par décision motivée, demander l'adoption d'une décision modificative dans les cas suivants :

– la modification, postérieurement à la fixation du tarif, des dotations limitatives mentionnées aux articles L. 313-8, L. 314-3, L. 314-3-2 et L. 314-4 du CASF ;
– la prise en compte d'une décision du juge des tarifs ;
– lorsque l'affectation du résultat n'est pas conforme aux objectifs du CPOM ou lorsque ce contrat prévoit, pour les établissements et services relevant de l'article L. 313-12-2 du CASF, un report à nouveau de tout ou partie d'un excédent comptable en diminution du tarif de l'exercice qui suit ;
– en application de l'article L. 313-14-2 du CASF qui dispose que, dans le cadre du CPOM, l'autorité compétente en matière de tarification peut demander le reversement de certains montants dès lors qu'elle constate :

« 1° Des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des établissements ou des services fournissant des prestations comparables en termes de qualité de prise en charge ou d'accompagnement ;

2° Des recettes non comptabilisées ».

Il convient enfin de préciser que les décisions modificatives (qui correspondent à un EPRD modificatif) sont soumises à l'approbation de l'autorité de tarification, dans les mêmes conditions que l'EPRD (dispositions du IV de l'article R. 314-225 du CASF). De même, cette approbation est conjointe en cas de double compétence tarifaire.

Pour les EPSMS, les décisions modificatives donnent lieu à l'adoption d'une délibération du conseil d'administration. Elles sont transmises au contrôle de légalité pour être rendues exécutoires. Les décisions modificatives exécutoires sont transmises sans délai au comptable public.

4.2.3. Le relevé infra-annuel (RIA)

Ce document, présenté précédemment, permet aux autorités de tarification d'être éventuellement alertées sur une difficulté majeure en cours d'exercice et au gestionnaire de mettre en place des mesures internes afin d'améliorer sa situation ou le cas échéant d'entamer un redressement sans attendre la fin de l'exercice. Dans un contexte de dialogue éclairé entre les parties, l'initiative de mesures d'amélioration appartient au gestionnaire, même si l'autorité de tarification peut pour sa part l'exiger.

Conformément au V de l'article R. 314-225, la production d'un RIA peut être demandée par l'autorité de tarification. Un gestionnaire peut cependant mettre en place ce document pour ses propres besoins de contrôle de gestion Le RIA permet en effet d'actualiser les données budgétaires au titre de l'année en cours, mais aussi les grandes masses financières à court et moyen terme au travers du PGFP.

4.3. *La clôture de l'exercice*

La clôture d'un exercice[35] constitue la dernière phase du déroulement d'un exercice budgétaire. Cette phase est centrée sur l'élaboration et la transmission de documents, notamment l'état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

4.3.1. Les documents de clôture (articles R. 314-232 et R. 314-233 du CASF)

À la clôture de l'exercice, il est établi un état réalisé des recettes et des dépenses (ERRD).

Ce modèle est adapté pour les activités sociales et médico-sociales relevant d'un Établissement de santé (état réalisé des charges et des produits), ainsi que pour les EHPAD relevant des articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF c'est-à-dire pour les gestionnaires privés non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale (ou minoritairement ou accueillant de manière effective moins de 50 % de bénéficiaires de l'aide sociale).

L'ERRD est établi en miroir de l'EPRD, les deux documents doivent toujours avoir le même périmètre.

L'ERRD est subdivisé en compte d'emploi établi pour chaque compte de résultat, qui comprend :

- une annexe relative à l'activité réalisée, cette annexe différencie, le cas échéant, les charges couvertes par les différents financeurs ;
- le tableau des effectifs et des rémunérations, qui inclut les charges sociales et fiscales ;
- le tableau de détermination et d'affectation du ou des résultats ;
- les données nécessaires au calcul des indicateurs applicables à l'établissement ou au service ;
- le cas échéant, le plan pluriannuel d'investissement actualisé.

Il doit également être joint à l'ERRD un rapport financier et d'activité qui porte sur :

- l'exécution budgétaire de l'exercice considéré ;
- l'activité et le fonctionnement des établissements et services, au regard notamment des objectifs du contrat mentionné aux articles L. 313-12 (IV ter) ou L. 313-12-2 du CASF ;
- l'affectation des résultats.

Pour les activités relevant d'un EPS, ces documents n'ont qu'une visée tarifaire. Le rapport est centré sur l'activité et sur le fonctionnement des activités concernées, au regard notamment des objectifs du CPOM, ainsi que sur l'affectation des résultats. Ces documents sont à transmettre pour le 30 avril N+ 1, sauf dans le cas des activités relevant d'un EPS pour lesquels le délai est repoussé au 8 juillet N+ 1 en cohérence avec les dispositions du code de la santé publique.

À noter : dans le cas des ESSMS relevant d'un EPRD, la transmission du bilan par établissement et service n'est pas systématique puisque l'article R. 314-232 du CASF ne mentionne pas ce document. Les autorités de tarification peuvent cependant demander ces bilans comptables au titre de leur pouvoir de contrôle.

De même un bilan financier peut être établi par établissement et service. Sa transmission n'est pas non plus systématisée. Elle peut être demandée pour l'application de l'article R. 314-48 (affectation d'une partie des réserves de trésorerie à l'investissement) ou à l'occasion d'un plan pluriannuel d'investissement.

[35] Y compris l'affectation du (des) résultat(s).

4.3.2. L'affectation des résultats (hors activités relevant d'un EPS) (articles R. 314-234 à R. 314-237 du CASF)

a) Les principes d'affectation des résultats

L'article R. 314-43 du CASF est complété de dispositions applicables aux ESSMS qui relèvent d'un CPOM prévu aux articles L. 313-12 et L. 313-12-2. Ces deux types de CPOM doivent obligatoirement prévoir les modalités d'affectation des résultats.

L'article R 314-43 du CASF dispose que : « Lorsque le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est signé en application du IV *ter* de l'article L. 313-12 ou de l'article L. 313-12-2, ce contrat prévoit les modalités d'affectation de ces résultats en lien avec ses objectifs, conformément aux règles d'affectation définies à la sous-section 7 de la section 4 du présent chapitre. Celles-ci peuvent prévoir le report à nouveau pour tout ou partie d'un excédent comptable en diminution du tarif de l'exercice sur lequel cet excédent est constaté ou de l'exercice qui suit, sauf pour les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12. ». Ces modalités sont précisées aux articles R. 314-234 à R. 314-237 du CASF.

Pour les EHPAD, il n'est pas possible de prévoir une reprise de résultat dans le cadre de ces nouvelles dispositions, sauf pour les exercices 2017 et 2018 (au titre des CA 2015 et 2016) comme explicité dans la partie 3.

Pour les autres types d'établissements l'affectation des résultats sera faite par l'organisme gestionnaire selon les règles d'affectation déterminée à l'article R 314-234 et les clauses qui auront été négociées dans le cadre du CPOM.

Pour les ESSMS autre que les EHPAD et les PUV, le CPOM peut prévoir une reprise de résultats (article R. 314-43 du CASF).

Les résultats d'un compte de résultat sont affectés au compte de résultat dont ils sont issus (pas d'affectation croisée entre les établissements). Par dérogation, le CPOM peut prévoir, pour les gestionnaires privés uniquement, cette affectation croisée entre les établissements et services du CPOM y compris entre des établissements et services qui n'ont pas le même financeurs (ARS et CD) ou financés par deux dotations régionales limitatives distinctes (fongibilité entre établissements PA et PH). Cette dérogation est prévue à l'article R. 314-235 du CASF. Elle ne s'applique qu'aux organismes privés car les établissements publics ont un seul bilan pour l'ensemble de leurs activités. L'affectation des résultats est donc déjà mutualisée au sein de ce bilan commun. Dans tous les cas, l'article R. 314-234 du CASF stipule que le résultat doit en priorité être affecté à l'apurement des déficits antérieurs.

À noter : l'affectation croisée n'est possible qu'entre établissements et services appartenant au même CPOM. En cas d'EPRD dont le périmètre est plus large que celui du CPOM, elle n'est donc applicable que partiellement.

Si l'affectation des résultats faite par l'organisme gestionnaire n'est pas conforme aux règles du CPOM ou que le CPOM prévoit la possibilité d'affecter le résultat en diminution du tarif, l'autorité de tarification peut demander une décision modificative à l'organisme gestionnaire pour revoir l'affectation du résultat (article R. 314-230 du CASF).

Enfin, les résultats des comptes de résultats intégrés à l'ERRD mais non couverts par le CPOM sont affectés par l'autorité de tarification (4° du R. 314-234 du CASF).

À noter : l'article R. 314-236 du CASF précise les conséquences d'un rejet de dépenses par l'autorité de tarification. En effet, le rejet de dépenses se traduit uniquement par une diminution du tarif de l'année N + 1 ou N + 2. Il a donc un impact tarifaire et budgétaire (baisse des recettes futures) et non un impact comptable sur l'exercice (montant du résultat comptable inchangé).

Pour les organismes commerciaux, l'impossibilité d'affecter des excédents dégagés sur les tarifs soins et dépendance en réserve d'investissement ou de trésorerie, ainsi qu'à la compensation de charges d'amortissement, est maintenue.

À noter : à l'heure actuelle, pour les CPOM existants (relevant de l'article L. 313-11 du CASF), la reprise, quand elle est prévue, peut se faire par exemple de manière globale et définie sous la forme d'un pourcentage de la DGC au-dessus duquel les résultats excédentaires sont repris. En général, ils sont affectés sur les établissements et services au prorata du poids de leur dotation au sein de la DGC. Ce mode d'affectation ne peut être maintenu en l'état dans un environnement EPRD, compte tenu des nouvelles dispositions décrites ci-dessus.

b) Les modalités d'affectation des résultats

Les résultats du compte de résultat principal et de chaque compte de résultat annexe sont affectés, au cours de l'exercice suivant celui auquel il se rapporte, selon les modalités suivantes :

L'excédent d'exploitation est affecté selon les dispositions prévues à l'article R. 314-234 du CASF auquel le CPOM ne peut pas déroger sauf pour établir une affectation croisée entre les comptes de résultats des établissements et services du CPOM :

1) En priorité, à l'apurement des déficits antérieurs de ce compte de résultat ;
2) À un compte de report à nouveau ;
3) Au financement de mesures d'investissement ;
4) À un compte de réserve de compensation ;
5) À un compte de réserve de trésorerie dans la limite de la couverture du besoin en fonds de roulement, tel que défini au III de l'article R. 314-48 du CASF ;
6) À un compte d'excédent affecté à la compensation des charges d'amortissement des équipements, agencements et installations de mise aux normes de sécurité.

Le déficit de chacun des comptes de résultat est :

1) Couvert en priorité par le compte de report à nouveau excédentaire de ce compte de résultat ;
2) Puis, le cas échéant, couvert par la reprise de la réserve de compensation de ce compte de résultat ;
3) Pour le surplus éventuel, affecté à un compte de report à nouveau déficitaire de ce compte de résultat.

À noter : l'article R. 314-73 du CASF est complété d'un alinéa qui précise l'obligation de transmettre les délibérations exécutoires d'affectation du résultat au comptable public, afin que ce dernier puisse procéder à l'enregistrement des écritures appropriées dans la comptabilité de l'ESSMS.

c) Globalisation du résultat et traçabilité de l'affectation croisée dans l'EPRD

Au préalable, il est important de préciser que l'affectation du résultat se réfère à la procédure comptable, à laquelle toute entité doit se conformer à la clôture de ses comptes annuels, et qui définit le traitement du résultat constaté au 31/12 de l'exercice concerné en termes de mise en réserve ou pas. Ce traitement permet ainsi d'arrêter la situation nette des capitaux propres dans le bilan annuel définitif de l'exercice (après affectation du résultat). Seul le bilan est impacté et non les comptes de résultat. Dans le champ social et médico-social, des comptes spécifiques de réserves existent. Quel que soit le document prévisionnel à renvoyer aux ATC, l'affectation du résultat vise à répartir le résultat constaté dans ces différents comptes de réserve. Elle ne s'entend donc pas comme la répartition du résultat global de l'entité gestionnaire entre les établissements et services inclus dans le CPOM avant clôture des comptes, comme cela peut être souhaitable par exemple en vue de compenser les situations déficitaires et excédentaires entre elles. Un tel traitement est en effet comptablement impossible, puisqu'il n'est pas possible de modifier l'état des charges et des produits constatés (au 31/12) et donc du résultat net d'une entité.

Parallèlement, il est à considérer que la tenue de la comptabilité interne est peu modifiée lors du passage à l'EPRD : avant comme après, l'organisme – privé – établit des comptes consolidés pour l'ensemble de ses établissements et services et tient parallèlement, une comptabilité propre à chaque établissement et service, conformément aux dispositions de l'article R. 314-82 du CASF. Ces dernières dispositions continuent de s'appliquer aux établissements et services sous EPRD.

Concrètement, tandis que le compte de résultat est retracé dans l'EPRD/ERRD dans un onglet spécifique à l'établissement ou au service, le bilan propre (ou comptable) de ce même établissement ou service n'y est pas intégré ni annexé au dossier.

De ce fait, il faut comprendre par globalisation du résultat, non pas la fin du suivi individuel par établissement et service, mais la source d'un dialogue rénové entre les organismes et les ATC, fondé sur l'équilibre pluriannuel d'ensemble (consolidé) de l'organisme. Il doit s'appuyer sur cette vision globale, dans le cadre de la négociation d'objectifs partagés entre toutes les parties du CPOM et de celle des moyens alloués à l'organisme gestionnaire pour réaliser ces objectifs. Auparavant, le dialogue et l'allocation de ressources étaient envisagés partiellement, par structure et à l'horizon d'un an, pouvant alors être déconnectés des problématiques d'ensemble.

La somme des résultats de chaque établissement et service est présentée, alors qu'auparavant elle existait au sein de l'organisme gestionnaire sans être présentée à l'ATC.

La globalisation au sein de l'EPRD et de l'ERRD se réfère donc à la capacité d'envisager les grands équilibres (résultat net, CAF, FDR, BFR et trésorerie) au niveau global afin de comprendre la

dynamique d'ensemble, important facteur de pérennité à long terme et d'adaptation des réponses apportées aux besoins mouvants des personnes accueillies. Les documents liés à la situation financière présente (Détail de la CAF, bilan financier) ou future (TFP, PGFP) regroupent donc l'ensemble du périmètre et ne sont pas détaillés par établissement et service.

Compte tenu du maintien d'une comptabilité propre et de la nécessité du suivi des financements par ATC, l'affectation du résultat ne peut donc pas être directement globale : elle doit d'abord passer par une affectation du résultat de chacun des établissements et services (et par sections) comme antérieurement.

En revanche, les différences par rapport au dispositif antérieur sont (dans la limite des termes du CPOM) :

– l'affectation par établissement est aujourd'hui à la main des gestionnaires et non plus des autorités de tarification ;
– les gestionnaires peuvent croiser ces affectations entre sections tarifaires des EHPAD et/ou établissements et services et du CPOM (*cf.* ci-dessus - gestionnaires privés uniquement). Par exemple, l'excédent de l'IME peut être affecté à la réserve de compensation de l'EHPAD, dès lors qu'ils font partie du même CPOM. Cela serait donc impossible pour le gestionnaire relevant des deux champs qui opterait pour un CPOM par champ.

Dans l'exemple ci-dessus, les bilans de l'IME et de l'EHPAD ne sont pas transmis, mais le nécessaire suivi des financements par financeur et par catégorie d'établissement ou service implique de retracer les mouvements d'affectation croisée entre les deux. C'est pourquoi, plus généralement, un onglet spécifique de l'ERRD retrace l'ensemble de ces mouvements, opérés par le gestionnaire au moment de la clôture globale.

La répartition des produits de la tarification entre les établissements et services du CPOM ne peut être effectuée que lors de la présentation de l'EPRD pour approbation (avant l'exercice) ou par décision modificative demandant une nouvelle répartition (en cours d'exercice – R. 314-43-1 du CASF). La globalisation ne s'entend donc pas non plus comme une libre répartition des produits de la dotation globalisée commune (DGC) entre établissements et services du CPOM en cours d'année. De même, les virements de crédit ne peuvent être effectués qu'au sein d'un seul et même budget c'est-à-dire entre les charges et les produits du même établissement ou service.

À noter : pour les EPSMS, le bilan comptable comprend l'ensemble des budgets de l'entité juridique. Pour les ESSMS publics non dotés de la personnalité juridique, le périmètre de ce document est celui du budget annexe. Dans le cas des ESSMS privés, l'article R. 314-82 du CASF (pour les ESSMS qui relèvent d'un gestionnaire privé non lucratif) et l'article R. 314-101 du CASF (pour les ESSMS commerciaux) prévoient l'établissement d'un bilan comptable par ESSMS, indépendamment des obligations comptables fixées par le code de commerce pour l'entité juridique. Pour les ESSMS relevant d'un compte administratif ou d'un compte d'emploi, les articles R. 314-49 et R. 314-104 du CASF prévoient une transmission systématique du bilan à la clôture de l'exercice.

Compte tenu des particularités publiques décrites ci-dessus, l'affectation croisée entre établissements et services n'est pas possible pour les établissements publics et doit donc pas être tracée dans l'EPRD.

4.3.3. L'apurement du compte 114

La réformation des résultats est une procédure qui était prévue à l'article R. 314-52 du CASF dans sa rédaction antérieure au décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 : « L'autorité de tarification peut, avant de procéder à l'affectation d'un résultat, en réformer d'office le montant en écartant les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement. »

Elle donnait lieu à l'enregistrement, lors de l'affectation du résultat de l'ESSMS, d'un débit au compte 114 pour le montant des dépenses rejetées par l'autorité de tarification. L'ensemble des instructions y afférentes ayant été abrogées.

Cela étant, la procédure de rejet de dépenses évolue avec le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016. En effet, l'objectif de la réformation est de ne pas faire peser sur les tarifs - et donc sur les financeurs- des dépenses non autorisées qui n'ont pas été intégrées dans le calcul de ceux-ci. Dans cette logique, l'impact de la réformation est un impact budgétaire et tarifaire et non un impact comptable. Aussi, la procédure de rejet de dépenses évolue et les articles R. 314-52 et R. 314-236 du CASF prévoient depuis le 1er janvier 2017 :

« L'autorité de tarification peut rejeter les dépenses qui sont manifestement étrangères, par leur nature ou par leur importance, à celles qui avaient été envisagées lors de la procédure de fixation

du tarif, et qui ne sont pas justifiées par les nécessités de la gestion normale de l'établissement ou du service. L'autorité de tarification tient compte de ce rejet dans la fixation du tarif de l'exercice sur lequel il est constaté ou de l'exercice qui suit. »

Ainsi, désormais, l'autorité de tarification conserve son pouvoir de rejeter les dépenses abusives d'un ESSMS mais ce rejet se traduira uniquement par une diminution, à due concurrence, des financements ultérieurs (baisse des produits de la tarification enregistrés au compte 73 des exercices ultérieurs et non baisse de la base tarifaire reconductible prise en compte pour le calcul du tarif de l'année suivante). Il ne se traduira plus au niveau comptable (via le compte 114). En conséquence, à compter des résultats de l'exercice 2017 (affectés sur l'exercice 2018), le compte 114 ne doit plus être débité. Ce compte sera apuré dès qu'un travail de fiabilisation de son solde aura été effectué (instruction interministérielle à venir sur le sujet).

5. **Premiers éléments d'analyse de l'EPRD et ses ratios**

L'objet de cette partie est de présenter des premiers éléments permettant de vous aider à analyser les EPRD/ERRD. Pour votre information, l'EHESP a développé une première grille d'analyse simplifiée des EPRD. Elle permet d'apprécier en six grandes étapes et à partir de critères simples et objectifs, la cohérence de l'EPRD et ainsi de classer les établissements à l'issue d'une première instruction des dossiers. Cette grille est disponible sur la plateforme REAL de l'EHESP à laquelle ont accès les participants aux journées de formation organisées à la CNSA, destinées aux ARS et CD.

L'ensemble des réformes (de la contractualisation mais aussi budgétaire et comptable) ainsi que la nouvelle forme de tarification (à la ressource et/ou pluriannuelle dans le cadre du CPOM) participent au renforcement de la gestion des organismes gestionnaires, en leur laissant toute la souplesse et marge de manœuvre nécessaire à un pilotage optimal et pérenne de leurs activités. Ce nouveau mode de gouvernance fondé sur l'autonomie renforcée du gestionnaire a pour but de sceller une relation de confiance basée sur la qualité. Cette réforme favorise enfin le passage d'une culture de moyens à une culture de résultats et d'évaluation. Ainsi, pour les ATC, il s'agit de passer de l'examen chronophage annuel des BP/CA et de la procédure de tarification annuelle, à l'examen de la soutenabilité financière des organismes gestionnaires dans le cadre de leur CPOM/EPRD.

Notons que l'appréciation d'une situation financière est possible sur la base du compte administratif, mais est limitée pour plusieurs raisons :

- Le compte administratif est produit pour chaque établissement ou service : la consolidation est dès lors complexe d'autant plus pour les tarificateurs. Dans une optique de fixation d'un tarif propre à chaque établissement ou service, cette individualisation est opportune. Mais dans une optique de compréhension de la trajectoire d'ensemble, cette dispersion n'est pas opérante.
- L'analyse financière n'étant pas la vocation première, un certain nombre d'éléments nécessaires à l'appréciation de la situation financière n'y figurent pas :
  - le bilan financier (mais le bilan comptable doit être annexé au compte administratif) ;
  - tous les éléments de bas de bilan, permettant d'aboutir au besoin en fonds de roulement (BFR) et au niveau de trésorerie, ne figurent pas dans le cadre normalisé du compte administratif ;
  - le PPI permet une première approche de l'impact des investissements prévus sur le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie prévisionnelle. Mais d'une part, cette vision est partielle dans la mesure où le PPI est élaboré et validé par établissement ou service sans une consolidation par ailleurs. D'autre part, elle est difficilement circonstanciée au regard de la situation bilancielle de l'organisme gestionnaire au 31/12 : au-delà de la disparité des documents à recueillir[36], le bilan – comptable – consolidé est disponible seulement sur demande de l'autorité de tarification et comprend tout l'organisme gestionnaire donc potentiellement un périmètre en dehors du champ social et médico-social. Enfin l'impact des investissements sur le fonctionnement courant est envisagé isolément, sans replacer les charges impactées (amortissements/frais financiers/charges de personnel) dans le contexte global du fonctionnement de l'établissement ou du service concerné et plus globalement de l'organisme gestionnaire. La solidité de la structure financière pour supporter l'investissement, les perspectives de développement de l'activité ou l'absence temporaire d'avantages médico-socio-économiques avant la rentabilisation du projet d'investissement ne sont donc envisagés que très partiellement.

[36] Un bilan est annexé au CA de l'établissement, dont la validation et la transmission sont déconnectées de celles du PPI de ce même établissement. En outre, ce même bilan est comptable et non financier alors que la logique du PPI est plutôt financière.

L'EPRD et l'ERRD ont pour but de permettre cette approche globale et intégrée de la situation financière de l'organisme gestionnaire. Cela suppose d'examiner aussi bien le point d'équilibre du fonctionnement courant que la structuration des besoins de long terme.

Dans le double but de constituer un outil de gestion interne efficiente pour le gestionnaire et de permettre à l'ATC de réaliser son contrôle, dorénavant axé sur la pérennité à long terme des activités mises en œuvre, l'EPRD et l'ERRD sont construits pour faciliter la lecture financière des grands équilibres de l'organisme gestionnaire.

À cet égard, nous attirons votre attention sur les modalités d'approbation de l'EPRD, qui sont guidées par cet impératif de prévision soutenable et réaliste (*cf.* critères de rejet présentés dans la partie 4.1.5) et non plus principalement par la fixation d'un tarif, sur la base d'un périmètre antérieur de charges.

Voici les deux principales étapes proposées pour l'analyse d'un EPRD, en considérant au préalable qu'elles s'inscrivent dans un contexte de changement de périmètre d'analyse :

– la bonne marche du fonctionnement courant et la soutenabilité globale ;
– la structuration de la situation financière de l'organisme, par la définition des équilibres de long terme et de court terme ainsi que l'analyse de leurs interactions.

5.1. *Changement de périmètre d'analyse*

Auparavant, l'analyse était réalisée établissement par établissement et elle est aujourd'hui envisagée, à l'échelle de l'organisme gestionnaire, et ce au niveau du territoire départemental voire régional. Cela se justifie pour plusieurs raisons :

– le renforcement du point de vue proprement financier, et non plus seulement budgétaire et tarifaire, ne peut faire l'économie d'une vision globale de l'entité, au sein de laquelle des interdépendances croisées existent entre la situation de l'ensemble et la situation individuelle de chacun des établissements/services/activités mis en œuvre.

À noter : les dispositions de l'article R. 314-56 du CASF peuvent utilement être mises en œuvre, concernant la transmission de toute pièce dont la détention est légalement requise, sur demande des autorités de tarification (comptes annuels, bilan social, liasses fiscales, registres divers etc.). De même les articles L. 314-7 (V) et R. 314-100 du CASF concernent plus particulièrement la transmission, sur demande, des comptes certifiés et du grand livre des comptes, utiles simplement en cas de contrôle sur pièces.

Le fonctionnement de chacun des établissements/services/activités ne peut être déconnecté de l'ensemble auquel il appartient, ce qui n'exonère pas d'examiner les situations individuelles pour comprendre comment se structure l'ensemble.

Exemple : tous les comptes de résultats sont-ils en déficit ou la situation de déficit globale est-elle liée à un établissement ou service en grosse difficulté alors que les autres sont équilibrés ? La politique d'investissement est-elle équilibrée entre tous les établissements et services de l'entité ?

– Dans le cadre de la réforme, les résultats, certes arrêtés puis affectés ESMS par ESMS participent globalement à l'équilibre d'ensemble de l'organisme gestionnaire, au niveau du périmètre du CPOM.
– La gestion en interne doit autant que possible favoriser cette interdépendance entre le point de vue global et le point de vue de chaque établissement et service, ce qui est déjà le cas de nombreux gestionnaires. Il est donc important que les cadres autour desquels se construit le dialogue avec les autorités de tarification soient cohérents avec les modalités de gestion amenées à se généraliser.

5.2. *Le fonctionnement courant*

L'appréciation de la soutenabilité globale de l'activité, conformément à la définition qui en a été donnée précédemment, nécessite de s'assurer que le fonctionnement courant n'est pas conduit à perte, et que les produits couvrent les charges. Il est entendu que ce n'est pas la seule porte d'entrée possible mais une des plus courantes. Cette analyse peut se faire sur la base des onglets CRPP/CRPA notamment non soumis à l'équilibre strict.

La notion d'équilibre réel a été définie plus haut d'un point de vue réglementaire, en tant que convention de présentation des comptes de résultat. Cette convention se fonde également sur quelques repères financiers fondamentaux, comme la couverture de la part capital du remboursement annuel des emprunts par la CAF, selon les termes de l'article R. 314-222 du CASF.

Ces grands équilibres constituent le fil conducteur de l'analyse de l'EPRD et de l'ERRD et doivent devenir l'une des sources principales sur lesquelles repose le dialogue entre les ATC et l'organisme gestionnaire. Ils doivent être couplés aux équilibres règlementaires tels que définis aux articles R. 314-15 et R. 314-222 du CASF, selon les établissements et services inclus dans l'EPRD.

Les CRPP/CRPA représentent la valorisation économique du déroulement de l'exercice et aboutissent aux résultats nets de chacun des établissements et services.

L'équilibre courant fait directement référence à cette notion de seuil au-delà duquel les charges courantes sont couvertes (achats, les services extérieurs, les charges de personnel, les impôts).

Les CRPP/CRPA aboutissent donc aux résultats prévisionnels de chacun des établissements ou services, neutres, déficitaires ou excédentaires selon les hypothèses retenues, qui doivent être sincères et réalistes. Une situation de déficit peut être cohérente temporairement, par exemple dans le cadre d'un investissement lourd à caractère restructurant dont l'équilibre optimal requiert plusieurs années ou bien de par la nécessité d'interrompre une partie de l'activité pendant des travaux de rénovation ou bien encore du fait d'une prévision réaliste étant donné un événement ou un contexte local spécifique, dont les mesures visant à résorber ce déséquilibre ne peuvent montrer leurs effets que lors des exercices suivants. En tout état de cause, une situation de déficit doit pouvoir être expliquée et une prévision déficitaire réaliste et justifiée est préférable à une prévision excédentaire irréalisable. À ce titre, une situation prévisionnelle déficitaire, ne saurait entrainer à elle seule un rejet de l'EPRD puisque ce sont bien les équilibres de long terme qu'il faut envisager.

Un certain nombre de ratios sont proposés dans le cadre des EPRD/ERRD afin de guider le déroulement des étapes de l'analyse.

La Capacité d'autofinancement (CAF) : la CAF est *in fine* la valorisation de l'épargne dégagée en fin d'exercice par l'organisme gestionnaire pour faire face à ses investissements futurs, au remboursement du capital de la dette et, dans le cas des organismes commerciaux, rémunérer les actionnaires.

Il est possible d'aboutir à une CAF positive avec un résultat négatif (selon le niveau de charges non décaissables et de produits non encaissables). Mais la sauvegarde des grands équilibres nécessite de dégager une CAF de niveau solide. Agir sur la capacité d'autofinancement c'est nécessairement avoir une action sur les produits encaissables ou sur les charges décaissables. Elle constitue le point de jonction entre le fonctionnement courant et la situation financière.

Le taux de résultat[37], qui est un taux de déficit s'il est négatif, indique déjà comment considérer la situation selon que le déficit ou l'excédent représente ou pas une part importante des produits totaux ou des seuls produits d'exploitation. Ce taux est notamment utilisé dans les EPS (dont le budget excède 10 millions d'euros) pour déterminer l'un des seuils au-delà desquels ces derniers sont tenus de présenter un plan de redressement (lorsque le déficit dépasse 2 % ou 3 % des produits selon le type d'EPS)

Il se calcule de la manière suivante :

Taux de résultat

$$= \frac{\text{Résultat net (= Total général des produits – total général des charges)}}{\text{Total des produits (groupe I + groupe II + groupe III)}}$$

Il peut également se calculer sur la base des seuls résultats d'exploitation, c'est-à-dire hors exceptionnels et financiers généralement non représentatifs d'un fonctionnement courant « en rythme de croisière ».

[37] Ratio proposé en plus dans le cadre de l'analyse.

La formule sera alors :

Taux de résultat (2)

$$= \frac{\text{Résultat net (= Total général des produits – total général des charges)}}{\begin{array}{c}\text{Produit du groupe I + Produits du groupe II +} \\ \text{Reprises sur amortissements des immobilisations incorporelles et corporelles +} \\ \text{Reprises sur provisions d'exploitation} \\ \text{+ Reprises sur dépréciations des immobilisations incorporelles et corporelles} \\ \text{+ Reprises sur dépréciations des actifs circulant}\end{array}}$$

Cette variante a l'avantage d'être plus recentrée sur les facteurs qui sont réellement révélateurs du bon déroulement du fonctionnement courant alors que les éléments exceptionnels et financiers peuvent en être déconnectés.

La marge brute d'exploitation et le taux de marge : cet indicateur aussi retenu dans les EPS est important pour comprendre comment se structure le résultat de l'activité. Il s'agit de la marge dégagée par l'entité gestionnaire, une fois couverts ses besoins directement liés à l'exploitation, pour financer ses besoins liés à la structure (amortissements), aux imprévus (exceptionnels) et aux éléments financiers, tous non directement liés à l'activité, mais nécessaires à sa mise en œuvre. Une insuffisance de marge répétée révèle une incapacité à couvrir les investissements présents et futurs.

Une marge négative signifie que l'organisme ne couvre pas, *a minima*, ses charges de fonctionnement courantes par ses produits courants et fonctionne donc à perte. Une marge négative chronique fragilise fortement la structure puisque des déficits répétés peuvent en découler et mettre à mal la structure financière en entamant les fonds propres et qu'aucune ressource pour le long terme n'est dégagée.

Le taux de marge brute d'exploitation est calculé au sein de l'EPRD dans l'onglet « PGFP » et permet d'apprécier le niveau de marge : plus il est élevé (plus il représente une part importante des produits totaux) plus l'organisme sera en mesure de couvrir ses besoins en investissement. Il est entendu qu'un taux aberrant parce que trop élevé est également à interroger. La marge est également l'un des supports de la CAF, puisque celle-ci se calcule en ajoutant au résultat les charges non décaissables et en déduisant les produits non encaissables. Le taux de marge devrait généralement être supérieur au taux de CAF. Ce dernier est en effet minoré du résultat financier souvent déficitaire (intérêts).

5.3. *La structuration de la situation financière*

En analyse prévisionnelle, la CAF, qui découle de la bonne marche du fonctionnement courant, constitue une ressource à inclure dans le PGFP pour faire face aux besoins de financement de long terme de l'organisme. Elle est donc une notion centrale, autour de laquelle se structure la situation financière au fil des onglets de l'EPRD Cette articulation entre le fonctionnement courant et la situation financière de long terme est synthétisée dans l'EPRD synthétique (constituant un onglet spécifique du fichier).

a) L'EPRD synthétique

Il constitue un onglet charnière car il synthétise la situation d'ensemble de l'organisme gestionnaire, en considérant tous les grands équilibres : exploitation, marge, CAF, fonds de roulement (FDR), besoin en fonds de roulement (BFR), trésorerie.

Cet onglet permet de retracer l'articulation entre eux, selon un schéma financier usuel, et pour l'exercice N :

- l'organisme gestionnaire constate la CAF N, largement influencée par le fonctionnement courant, qui constitue la première ressource de financement à long terme (investissement notamment) ;
- il élabore ensuite sa prévision de financement pour N concernant ses besoins en investissement (annuel), ses remboursements d'emprunts et les ressources pour les couvrir, dont la CAF ;
- il situe sa prévision par rapport à la situation financière déjà existante au 31/12/N-1 (excepté dans le cas d'une ouverture). Cela explique la construction de l'EPRD organisée autour des prélèvements ou apports aux fonds de roulement (FDR), besoin au fonds de roulement (BFR) et trésorerie, agrégats représentatifs des grands équilibres financiers à long terme.

L'un des premiers repères fondamentaux de la santé de cette situation financière constatée au 31/12/N-1 est le FDR, qui doit être positif. Il représente la différence entre les capitaux permanents (fonds propres + emprunts à plus d'un an) et les immobilisations nettes. S'il est négatif de manière répétée sur plusieurs exercices, l'organisme peut dégrader sa situation. Son évolution est donc cruciale.

C'est pourquoi le prélèvement sur le fonds de roulement ou l'apport au fonds de roulement est un autre point d'équilibre important, dont il est essentiel d'étudier le niveau et la composition : emplois et ressources qui la constituent. Il s'agit de l'augmentation des fonds propres, de la contraction d'emprunts, d'augmentation des provisions et des réserves ou encore de la perception de subventions d'investissement. Elles doivent couvrir les emplois de long terme prévisionnels tels que les achats mobiliers et immobiliers, ou encore la couverture d'un déficit maîtrisé pendant une période de transition anticipée.

Un prélèvement signifie que les emplois de long terme sont supérieurs aux ressources de long terme. Il s'agit d'un apport au fonds de roulement dans le cas inverse. En cas de prélèvement, il faut en examiner les raisons et voir s'il peut être supporté. Cela peut être justifié temporairement, notamment en cas d'investissement à caractère restructurant mais cela peut également être le signe d'une gestion dégradée. Les prévisions de l'EPRD et du PGFP doivent conduire au maintien d'une situation de FDR positif.

Alors que le FDR structure la situation à long terme, le BFR découle des besoins liés au cycle d'exploitation à court terme (échéance annuelle). Il s'agit, à un moment T du besoin de trésorerie qui découle des décalages temporels entre les créances (en attente d'encaissement) et les dettes (en attente de paiement) que le gestionnaire doit encore effectuer.

Ce besoin de trésorerie doit être couvert par le fonds de roulement. Un BFR positif trop élevé pèse inévitablement sur la structure financière d'ensemble puisqu'il faut le financer. La gestion du cycle d'exploitation doit tendre à réduire le BFR par un encaissement régulier et rapide des créances, voire à supprimer ce besoin et présenter un excédent de financement d'exploitation. C'est pourquoi, l'onglet « EPRD_synthétique » prévoit également la présentation sommaire de la variation du BFR estimée au 31/12/N. A l'instar des autres grands équilibres, la compréhension plus précise de cette variation passe par l'examen du TFP et du PGFP, également présentés au sein de l'EPRD.

Enfin, la trésorerie estimée au 31/12/N est calculée de la manière suivante : FDR-BFR.

Cet agrégat représente la véritable source de disponibilités de l'organisme. Une trésorerie négative reflète une situation fragile qu'il convient d'analyser : structurelle ou conjoncturelle. De même, une trésorerie passagèrement négative n'est pas forcément révélatrice d'un manque de soutenabilité ou d'insolvabilité. L'expression de la trésorerie en jours (de charges) est un indicateur pertinent. Jugé correct de 30 à 40 jours, il convient toutefois de l'analyser au regard du contexte de l'établissement : suivant que l'organisme se situe avant programme d'investissement important (niveau plus élevé), juste après ou pendant (niveau moindre) ou hors période d'investissement (niveau moyen), le niveau de trésorerie varie en conséquence.

Le ratio de liquidité relative[38] peut compléter l'analyse. Il permet d'apprécier le niveau de trésorerie en le comparant aux dettes à court terme :

$$\text{Ratio de liquidité} = \frac{\text{Créances + liquidités}}{\text{Dettes à court terme}}$$

Ce ratio doit être supérieur à 1. Une valeur de 1,5 signifie par exemple que 1 unité d'actif circulant couvre 1,5 unité de dettes, si celles-ci devenaient toutes exigibles.

– Enfin, l'organisme gestionnaire estime, sur la base des prévisions de financement N et des variations que ces prévisions impliquent par rapport à la situation au 31/12/N-1, le niveau attendu des FDR, BFR et trésorerie au 31/12/N.

Ce schéma financier sous-tend toute la construction de l'EPRD, l'ensemble des informations des onglets budgétaires et autres onglets strictement financiers permettant l'examen approfondi de ces mécanismes et de la structuration de chacun des grands équilibres pris isolément. L'EPRD synthétique en retrace une vision rapide.

Ce schéma est certes usuel mais reste sujet aux spécificités de chacun des organismes gestionnaires et doit être interrogé à l'aune des particularités, que vous êtes en mesure d'appréhender, par votre connaissance des gestionnaires, de l'environnement local et des besoins territoriaux.

Enfin, je vous rappelle que ce schéma ne peut s'appliquer intégralement qu'à l'EPRD complet.

[38] Non calculé dans le cadre de cet onglet.

À noter : cet onglet est aussi celui qui retrace le calcul de la CAF :

CAF

=

Résultat net

+ Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés

+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions

+ Engagements à réaliser sur ressources affectées

–Produits des cessions déléments d'actifs

–Quotes parts des subventions d'investissement et fonds associatifs virées au compte de résultat

–Reprises sur amortissements, dépréciation et provisions

–report des ressources non utilisées des exercices antérieurs

En cohérence avec le périmètre de l'EPRD, la CAF est celle de l'ensemble de l'organisme gestionnaire ou de l'ensemble des ESMS inclus dans le périmètre dans l'EPRD. Certains éléments spécifiques et propres à chaque entité gestionnaire peuvent impacter le niveau de CAF.

L'un des exemples les plus courants en est la différence de financement des immobilisations. Le niveau de la CAF doit être analysé différemment suivant que l'établissement est ou non propriétaire des immobilisations. La CAF est de niveau plus faible pour les établissements qui louent une part importante de leurs immobilisations. Dans le cas d'établissements propriétaires de leurs immobilisations, la CAF doit être suffisante pour permettre la constitution d'une épargne par le biais des dotations aux amortissements. La CAF est affectée par les intérêts financiers éventuels ainsi que les impacts autres liés au projet immobilier comme le personnel nécessaire au fonctionnement d'un équipement hautement technologique, les besoins de formation, les charges d'entretien etc. Le remboursement du capital impacte le bilan et l'annuité doit *a minima* être couverte par la CAF. Cela fait d'ailleurs partie des critères de l'équilibre réel défini à l'article R. 314-222 du CASF.

Mais, dans le cas d'un financement par le biais de crédits-baux ou le recours à de nombreuses locations mobilières ou immobilières, les comptes de résultat comprennent des charges décaissables de loyers et de redevances. Les biens ne sont pas amortis et il n'existe pas de remboursement du capital au bilan. Les profils du compte du résultat et du bilan peuvent donc complètement différer à parc mobilier et immobilier équivalent. Cela peut fausser l'appréciation de la CAF. Il faut en tenir compte.

Des retraitements peuvent donc s'avérer nécessaires pour permettre une analyse et des comparaisons pertinentes. Ces retraitements peuvent concerner :

– la simulation de l'amortissement et de la valeur brute et/ou de l'annuité de remboursement des biens acquis par crédit-bail, afin de corriger le périmètre des immobilisations intervenant dans des ratios où ils sont mis en rapport avec la CAF (durée apparente de la dette, taux de couverture de l'emprunt par la CAF) ;
– la déduction des loyers du total des charges, afin qu'elles n'impactent pas le résultat net servant de base au calcul de la CAF.

Les informations pouvant être utilisées à cet effet doivent être renseignées par l'organisme gestionnaire dans le tableau des engagements hors bilan.

Par ailleurs, il convient de se rappeler que le périmètre de la CAF diffère selon les cadres :

– Dans le cas de l'EPRD simplifié, une CAF consolidée complète ne peut pas être calculée puisque les données relatives à l'hébergement ne sont pas nécessairement renseignées. Le résultat net est donc partiel. C'est pourquoi l'onglet « EPRD_synthétique » de l'EPRD simplifié fait ressortir uniquement la contribution des sections soins et dépendance à la CAF globale de l'organisme gestionnaire, cette dernière n'est pas demandée. Sa transmission est cependant possible, témoignant d'une transparence de l'organisme gestionnaire. De même, tous les éléments d'analyse bilancielle, permettant d'évaluer la trajectoire prévisionnelle du FDR, du BFR et de la trésorerie, sur la base de la situation réelle au 31/12/N-1 et au regard des projets prévus, ne sont pas présents. La projection financière n'est donc pas réalisée au sein du cadre simplifié.

Dans le cas de l'EPCP, les données financières des activités médico-sociales sont indissociables de celles de l'hôpital public qui les gère. De ce fait, les données financières détaillées existant par ailleurs dans le cadre de l'EPRD sanitaire, l'EPCP en reprend de manière synthétique les principaux axes, en regroupant les résultats et la CAF des activités médico-sociales et de l'hôpital, ce dernier constituant le CRPP.

b) La « CAF détaillée »

Il permet de déterminer la composition et la répartition de la CAF. Deux agrégats intermédiaires expliquant la décomposition du fonds de roulement net global (FRNG) sont calculés :

– le Fonds de roulement d'investissement (FRI) = ressources de long terme d'investissement – besoins de long terme d'investissement ;
– le Fonds de roulement d'exploitation (FRE) = ressources de long terme d'exploitation – actifs d'exploitation de long terme.

Je vous invite à vous référer à l'annexe 3 relative à l'analyse et la décomposition du FRNG.

L'onglet « CAF détaillée » permet de récapituler comment se répartit la CAF suivant les postes qui la composent (produit non encaissable et charge non décaissable. Certains postes impactent ainsi impacte le FRI (exemple des amortissements d'immobilisations ou quote-part de subventions d'équipement ou fonds associatifs virées au résultat), ou le FRE (provisions d'exploitation ou engagements à réaliser sur ressources affectées des fonds dédiés).

c) Le TFP

Le tableau de financement prévisionnel (TFP) comprend les postes qui affectent le cycle d'investissement et son financement. Il se solde par un apport ou un prélèvement sur le fonds de roulement prévu pour N. Sont détaillés, les trois grands postes de ressources (emprunts, apports/dotations/subventions, autres) et les trois grands postes d'emplois (remboursement des dettes financières, immobilisations, autres) dont les totaux sont repris dans l'« EPRD_synthétique ».

La CAF (ou insuffisance d'autofinancement -IAF) y figure comme première ressource (ou emploi) inscrit(e) au TFP.

d) La première partie du Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP)

Dans la même logique que pour les CRPP/CRPA, un onglet permettant de projeter les charges et les produits sur 6 ans, en préparation du PGFP, est créé pour chacun des établissements et services inclus dans l'EPRD. Ils sont donc dédiés à la projection sur six années de la trajectoire économique et budgétaire attendue, au regard des données N, N-1 et N-2 saisies dans les CRPP/CRPA.

Ils constituent la première partie du PGFP, qui présente ensuite le même enchaînement que celui de l'EPRD synthétique (*cf.* ci-après).

Particularité de présentation : Ces CRP du PGFP présentent, notamment pour les charges des groupes 1 et 2, les seules variations de chacune des années du plan par rapport à l'année précédente. Ces variations modifient chaque année les totaux de chaque groupe fonctionnel. La construction et l'examen des évolutions de charges et produits prévisionnels est de ce fait facilitée. N'y figurent ainsi côté charges, que les charges nouvelles ou économies induites par les projets.

La prévision budgétaire correspond à l'évolution attendue des charges et des produits, au regard des besoins et prestations identifiés pour assurer de manière efficiente, les missions des établissements et services. La prévision prend notamment en compte les taux d'évolution des tarifs annoncés ainsi que des opérations ou évènements, connus à l'avance, amenés à marquer la vie de l'organisme : mises aux normes obligatoires, renouvellement d'une autorisation mobilisant des ressources de manière exceptionnelle, modification des modalités tarifaires etc.

Les choix stratégiques internes peuvent également avoir un impact sur les charges et les produits attendus : mutualisations en interne ou par le biais de coopérations, recrutements ciblés, possibilités de restructuration, sous-traitance de certaines prestations, etc.

e) La deuxième partie du PGFP (onglet dédié)

Il réalise sur six ans la projection des grands équilibres et de leur articulation, selon le schéma identique à celui décrit précédemment pour l'EPRD synthétique (calcul de la CAF, opérations d'investissement et variations des grands équilibres financiers). L'objectif n'est pas de prévoir le déroulement précis des exercices futurs mais plutôt d'anticiper les grands agrégats fondamentaux sous l'influence des opérations prévues.

Ces événements impliquent souvent des investissements, qui impacteront directement l'évolution du FRNG, et des variations d'activité donc du BFR et de la trésorerie, ainsi qu'une augmentation ou une diminution des charges au compte de résultat, soit ponctuelle soit pérenne.

Le déroulé du cadre du « PGFP » est le suivant :

1) Projections sur 6 ans des résultats de tous les établissements et services, c'est-à-dire de tous les onglets « CRP_PGFP », année par année ;

2) Détermination de la CAF annuelle prévisionnelle attendue sur les six prochaines années ;

3) Projection sur la période considérée du cycle d'investissement (emplois et ressources). Cette projection permet d'établir pour les 6 années futures les grands équilibres financiers (FRI FRE BFR et Trésorerie) et leur niveau cumulé. Le PGFP a aussi pour but de déterminer le niveau adapté des ressources externes (et notamment les emprunts si besoin) nécessaire au maintien des équilibres financiers fondamentaux.

La logique est donc la même que les documents précédents, à un niveau prospectif et pluriannuel afin de simuler une trajectoire financière au regard des éléments connus et prévisibles.

Les ratios calculés en bas de l'onglet « PGFP » éclairent l'analyse de la trajectoire financière prévisible en montrant l'impact des éléments pris en compte pour élaborer la prévision. Les deux premiers sont également définis et détaillés dans l'onglet « Ratios financiers ». Les suivants sont présentés ci-après :

– Le taux de couverture du remboursement annuel en capital par la CAF (CAF / Remboursement annuel du capital des emprunts à plus d'un an), est un des critères d'équilibre réel défini à l'article R. 314-222 et ne doit pas présenter une évolution défavorable répétée.

S'il est inférieur à 1, cela signifie que la CAF dégagée ne couvre pas *a minima* le remboursement en capital des emprunts. L'organisme gestionnaire devra trouver des solutions alternatives rompant, a priori, l'équilibre financier global : nouvel emprunt pour rembourser, réduction des fonds propres, cessions d'immobilisation, découverts, etc. Cela peut aussi provenir d'un investissement trop lourd par rapport à la capacité de l'organisme gestionnaire à l'absorber ou d'un emprunt mal calibré par rapport au besoin réel.

Ce taux concerne l'annuité en capital de l'emprunt, contrairement à la durée apparente de la dette, qui porte sur l'intégralité de l'emprunt.

– La durée apparente de la dette représente (au titre d'un exercice N) le nombre d'années prévisionnelles nécessaires à l'extinction de la dette, en l'état actuel de la CAF et dans l'hypothèse où elle se maintient au même niveau qu'en N.
– Le taux de CAF (CAF ramenée aux produits totaux) permet d'évaluer si la CAF dégagée permet d'installer des bases solides pour la couverture des besoins de long terme. Plus il est élevé, plus il représente une part importante des produits, plus il peut être considéré comme une base solide de couverture des besoins de long terme (investissements et dettes financières), garantissant une activité pérenne et sécurisée.

  Il est calculé sur la base des seuls produits d'exploitation et financiers hors produits exceptionnels et hors produits non décaissables (reprises sur amortissements, provisions et dépréciations et transferts de charges).
– Le taux de vétusté global des immobilisations[39], apporte une vue globale de l'obsolescence existant au sein des équipements de l'organisme gestionnaire. Cette même obsolescence sera décomposée ensuite dans l'onglet « Ratios financiers » entre le parc mobilier et le parc immobilier. En revanche, le taux global du PGFP incorpore les immobilisations incorporelles, en plus des immobilisations corporelles mobilières et immobilières.
– Le taux de marge brute d'exploitation est calculé sur le seul périmètre des produits courants, hors exceptionnels et financiers.

Enfin l'onglet « PGFP » est logiquement présenté en variation. Il s'agit donc d'une logique de flux devant permettre de comprendre comment la variation des grands postes de produits et de charges (influant sur le résultat et la CAF) puis de ressources et d'emploi (influant sur le FDR et le BFR et la trésorerie) vont structurer la situation financière d'ensemble de l'organisme gestionnaire. Cette présentation facilite la construction et l'examen du document. Il se distingue en cela des CRPP/CRPA, des CRP_PGFP et de l'onglet « FDR » où sont saisis en détail les charges, produits, emplois ou ressources réels constatés au 31/12/N-1 (CRPP/CRPA et FDR) et leurs niveaux prévus pour N (CRPP/CRPA) voir n + 1 à n + 6 (CRP_PGFP).

f) Le bilan financier consolidé

Il s'agit du bilan financier (consolidé) des seuls établissements inscrits dans le périmètre de l'EPRD de l'organisme gestionnaire au 31/12/N-1. Si l'EPRD vise à anticiper au mieux la trajectoire à venir de l'organisme gestionnaire, cette prévision ne peut être déconnectée de la situation bilancielle et des équilibres réels constatés au moment où elle est réalisée. Un rappel du bilan financier est donc indispensable et les variations du PGFP débutant en N, s'appuient nécessairement sur les niveaux du dernier bilan financier au 31/12/N-1.

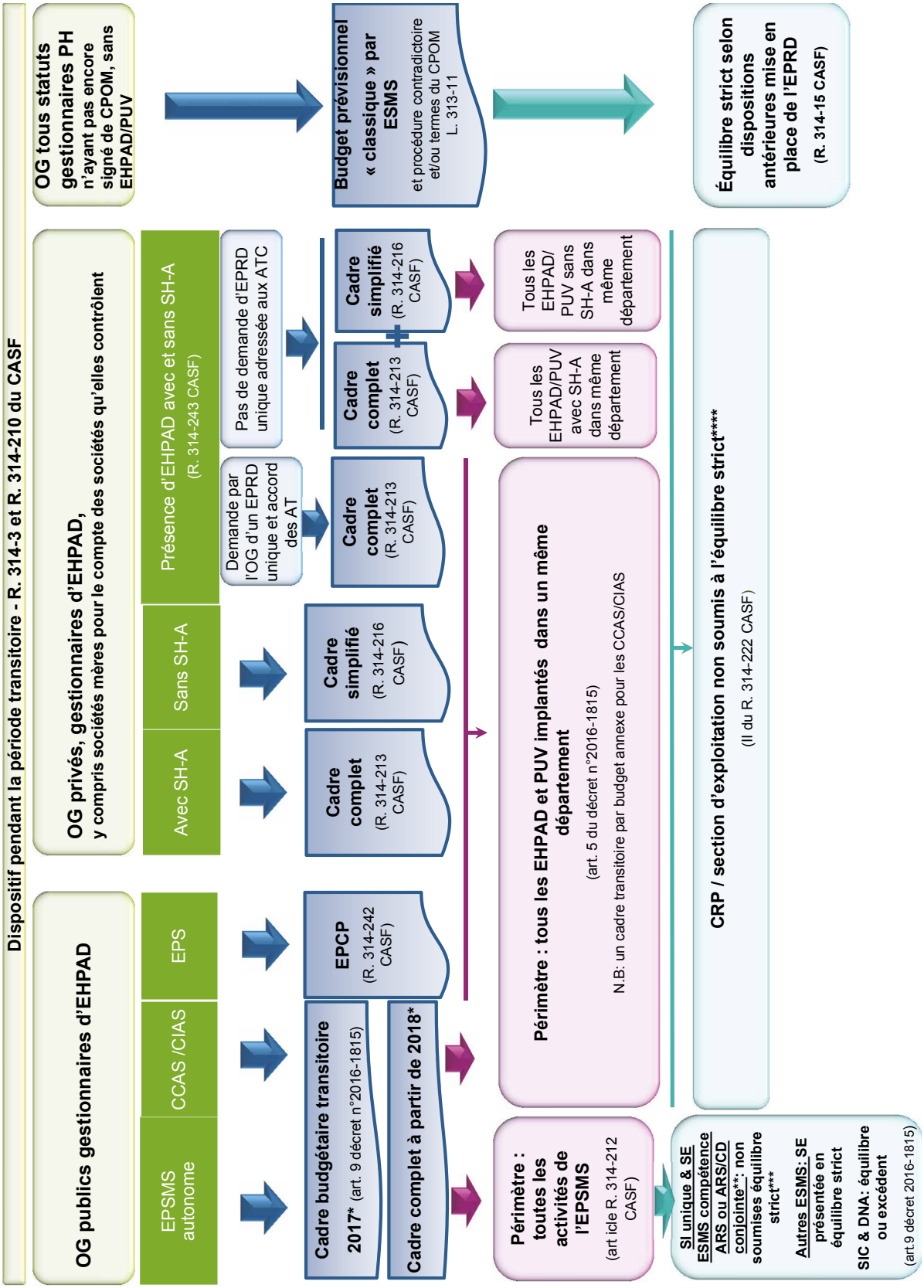
[39] Taux à interpréter avec prudence selon la durée d'immobilisation retenue.

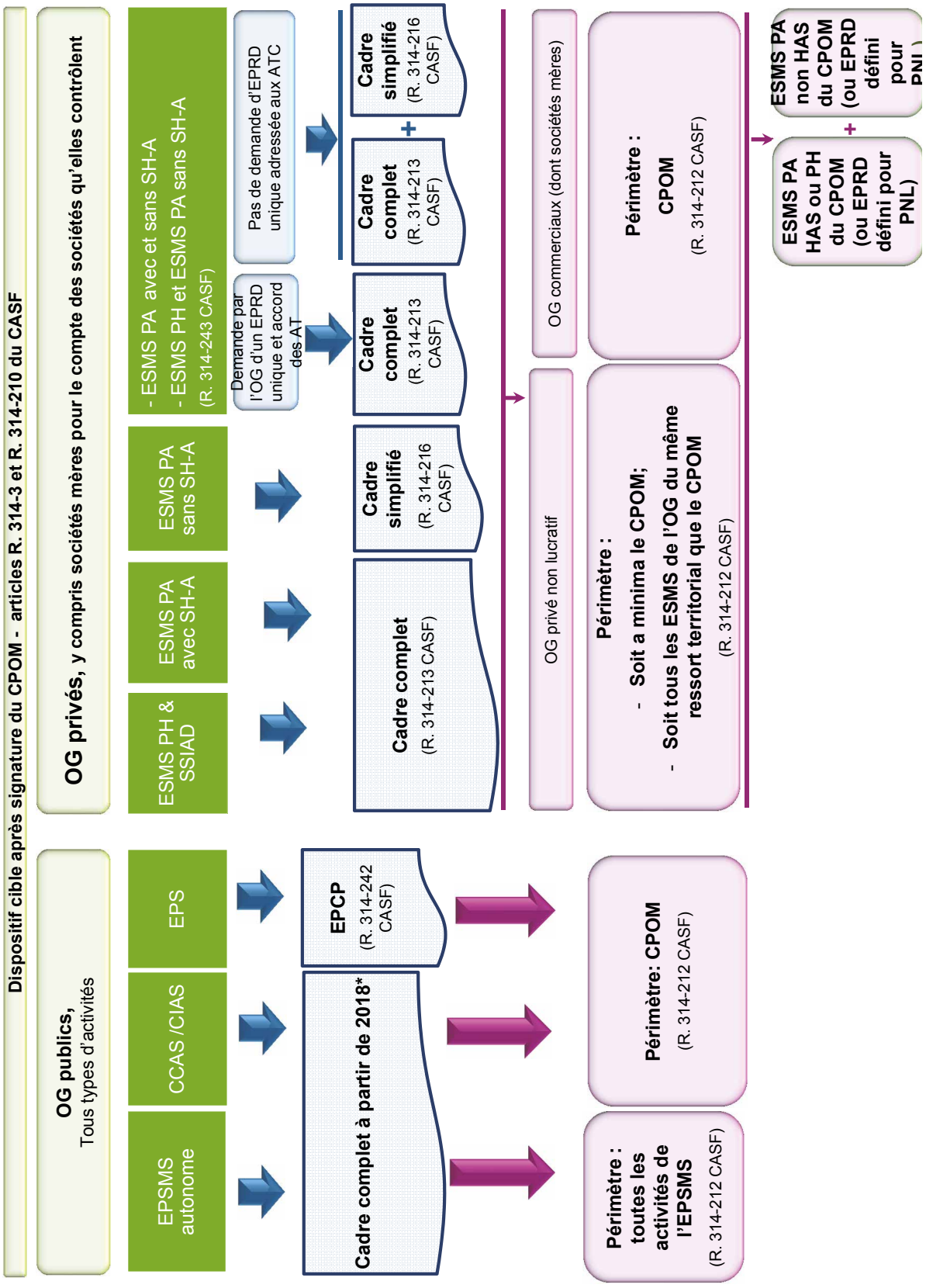
g) Le calcul automatique de ratios financiers

Un certain nombre d'indicateurs et ratios sont calculés automatiquement, au sein de cet onglet. Ils constituent le point le départ de l'analyse décrite ci-dessus. Ces ratios complètent l'information du bilan financier et aident à appréhender la santé financière de l'organisme gestionnaire, à l'échelle du CPOM. Ils aident à identifier les sources de fragilité, à investiguer si nécessaire et à repérer des leviers d'action, le cas échéant.

Les ratios sont les suivants et concernent différents éléments du bilan (l'endettement, l'état du patrimoine, le fonds de roulement, la trésorerie, la CAF…). Ces indicateurs vont illustrer une situation et leur analyse doit être mise en perspective de la situation de l'organisme gestionnaire, à l'échelle du CPOM (extension, ouverture récente, locaux vétustes et nécessitant un investissement, difficultés de recrutement de personnels…). Une analyse dynamique sur 3 ans est aussi recommandée.

ANNEXE 2


Dispositif pendant la période transitoire - R. 314-3 et R. 314-210 du CASF
OG publics gestionnaires d'EHPAD
EPSMS autonome
CCAS /CIAS
EPS
OG privés, gestionnaires d'EHPAD, y compris sociétés mères pour le compte des sociétés qu'elles contrôlent
Avec SH-A
Sans SH-A
Présence d'EHPAD avec et sans SH-A (R. 314-243 CASF)
OG tous statuts gestionnaires PH n'ayant pas encore signé de CPOM, sans EHPAD/PUV
Budget prévisionnel « classique » par ESMS et procédure contradictoire et/ou termes du CPOM L. 313-11
Équilibre strict selon dispositions antérieures mise en place de l'EPRD (R. 314-15 CASF)
Cadre budgétaire transitoire 2017* (art. 9 décret n°2016-1815)
Cadre complet à partir de 2018*
EPCP (R. 314-242 CASF)
Cadre complet (R. 314-213 CASF)
Cadre simplifié (R. 314-216 CASF)
Demande par l'OG d'un EPRD unique et accord des AT
Pas de demande d'EPRD unique adressée aux ATC
Cadre complet (R. 314-213 CASF)
Cadre simplifié (R. 314-216 CASF)
Périmètre : tous les EHPAD et PUV implantés dans un même département
(art. 5 du décret n°2016-1815)
N.B: un cadre transitoire par budget annexe pour les CCAS/CIAS
Tous les EHPAD/PUV avec SH-A dans même département
Tous les EHPAD/ PUV sans SH-A dans même département
Périmètre : toutes les activités de l'EPSMS (art icle R. 314-212 CASF)
SI unique & SE ESMS compétence ARS ou ARS/CD conjointe**: non soumises équilibre strict***
Autres ESMS: SE présentée en équilibre strict
SIC & DNA: équilibre ou excédent
(art.9 décret 2016-1815)
CRP / section d'exploitation non soumis à l'équilibre strict****
(II du R. 314-222 CASF)


Dispositif cible après signature du CPOM - articles R. 314-3 et R. 314-210 du CASF
OG publics,
Tous types d'activités
EPSMS autonome
CCAS /CIAS
EPS
Cadre complet à partir de 2018*
EPCP (R. 314-242 CASF)
Périmètre : toutes les activités de l'EPSMS (R. 314-212 CASF)
Périmètre: CPOM (R. 314-212 CASF)
OG privés, y compris sociétés mères pour le compte des sociétés qu'elles contrôlent
ESMS PH & SSIAD
ESMS PA avec SH-A
ESMS PA sans SH-A
- ESMS PA avec et sans SH-A
- ESMS PH et ESMS PA sans SH-A
(R. 314-243 CASF)
Demande par l'OG d'un EPRD unique et accord des AT
Pas de demande d'EPRD unique adressée aux ATC
Cadre complet (R. 314-213 CASF)
Cadre simplifié (R. 314-216 CASF)
Cadre complet (R. 314-213 CASF)
Cadre simplifié (R. 314-216 CASF)
OG privé non lucratif
OG commerciaux (dont sociétés mères)
Périmètre :
- Soit a minima le CPOM;
- Soit tous les ESMS de l'OG du même ressort territorial que le CPOM
(R. 314-212 CASF)
Périmètre : CPOM (R. 314-212 CASF)
ESMS PA HAS ou PH du CPOM (ou EPRD défini pour PNL)
+
ESMS PA non HAS du CPOM (ou EPRD défini pour

Légende

ATC: Autorités de tarification et de contrôle
ESMS: Etablissements sociaux et médico-sociaux
HAS: Habilité à l'aide sociale
OG: Organismes gestionnaires
SE: Section d'exploitation
SH-A: Section Hébergement administrée (tarifs hébergement fixés par le Conseil Départemental)
SI: Section d'investissement

(*) En 2017: un cadre transitoire par budget annexe du CCAS/CIAS
En 2018: un EPRD complet par budget annexe du CCAS/CIAS

(**) Excepté les UEROS, les SPASAD constitués dans le cadre de l'article 49 de la Loi ASV et les établissements expérimentaux.

(***) Si la SE est présentée en déficit, celui-ci doit être inférieur à la différence entre le fond de roulement disponible au 1er janvier de l'exercice concerné.
Si la SI est présentée en déficit, celui-ci ne peut pas dépasser le montant du surplus de disponibilités par rapport au niveau cumulé des dépenses d'exploitation et dettes exigibles à court terme.

(****) Si le CRP ou la SE est présentée en déficit, celui-ci doit rester compatible avec le PGFP.

HAS : habilité à l'aide sociale à l'hébergement

CT: collectivités territoriales

Clés de lecture

Un OG privé qui gère des ESMS relevant du champ des personnes handicapées et des EHPAD non habilités à l'aide sociale demande à son autorité de tarification de faire un EPRD unique : Si l'ATC accepte, cet EPRD est complet (sections hébergement devant être incluses).
S'il ne le demande pas, il produit deux EPRD : un simplifié avec les ESMS non habilités à l'aide sociale et un complet avec les ESMS relevant du champ du handicap (même si un seul CPOM a été signé).

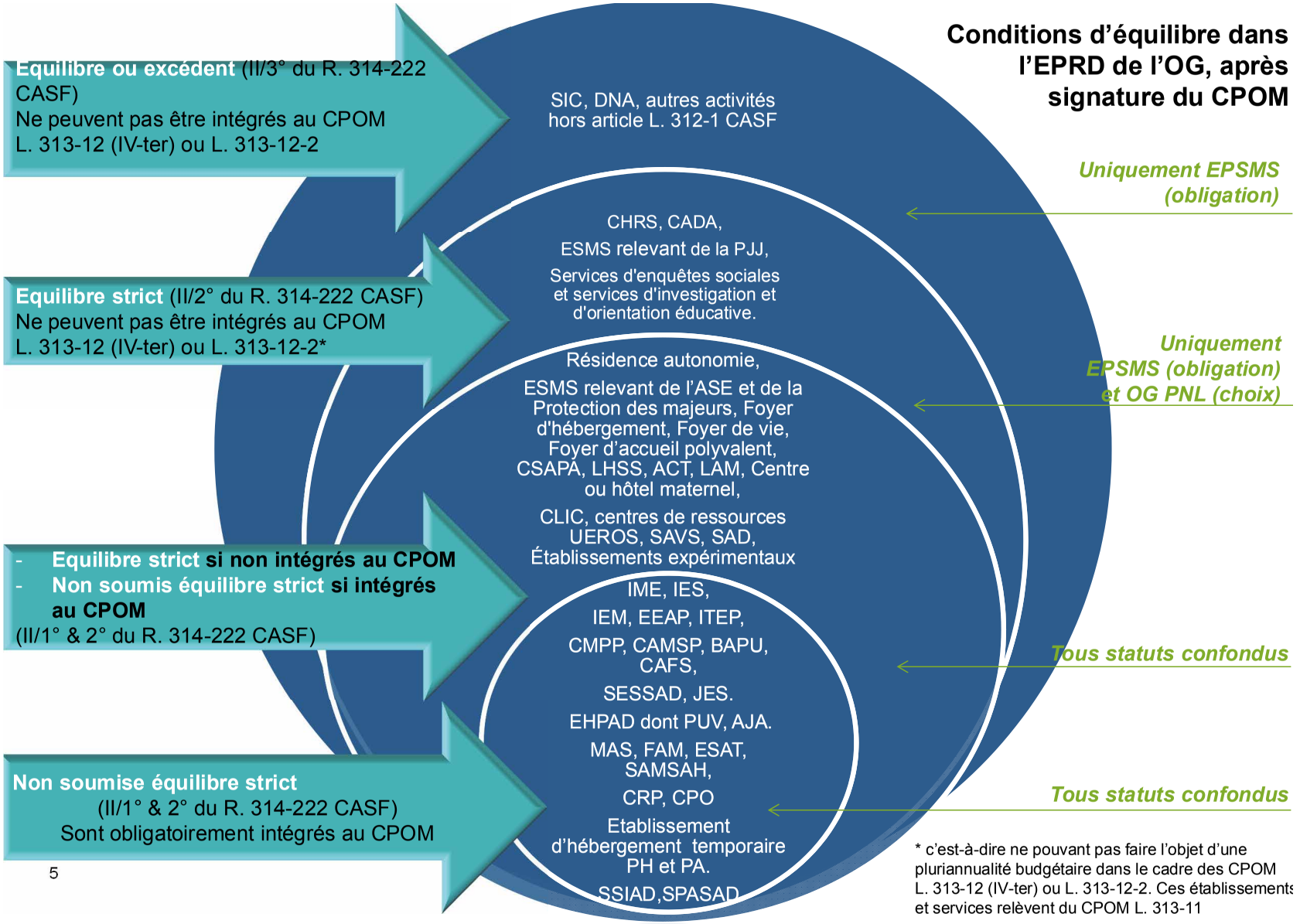
Si cet OG est privé non lucratif, le périmètre peut être l'ensemble des ESMS du même ressort territorial que le CPOM. Dans ce cas, l'EPRD simplifié concernera tous les EHPAD de ce périmètre et l'EPRD complet concernera tous les ESMS relevant du champ du handicap dans ce périmètre.

Si l'OG est commercial, le périmètre de l'EPRD est le CPOM. L'EPRD simplifié concernera l'ensemble des EHPAD du CPOM et l'EPRD complet concernera les ESMS relevant du champ du handicap inclus dans le CPOM.

Si l'OG est public, il remplit un cadre transitoire en 2017 et un EPRD à partir de 2018 comprenant tous les ESMS et toutes les sections des EHPAD.

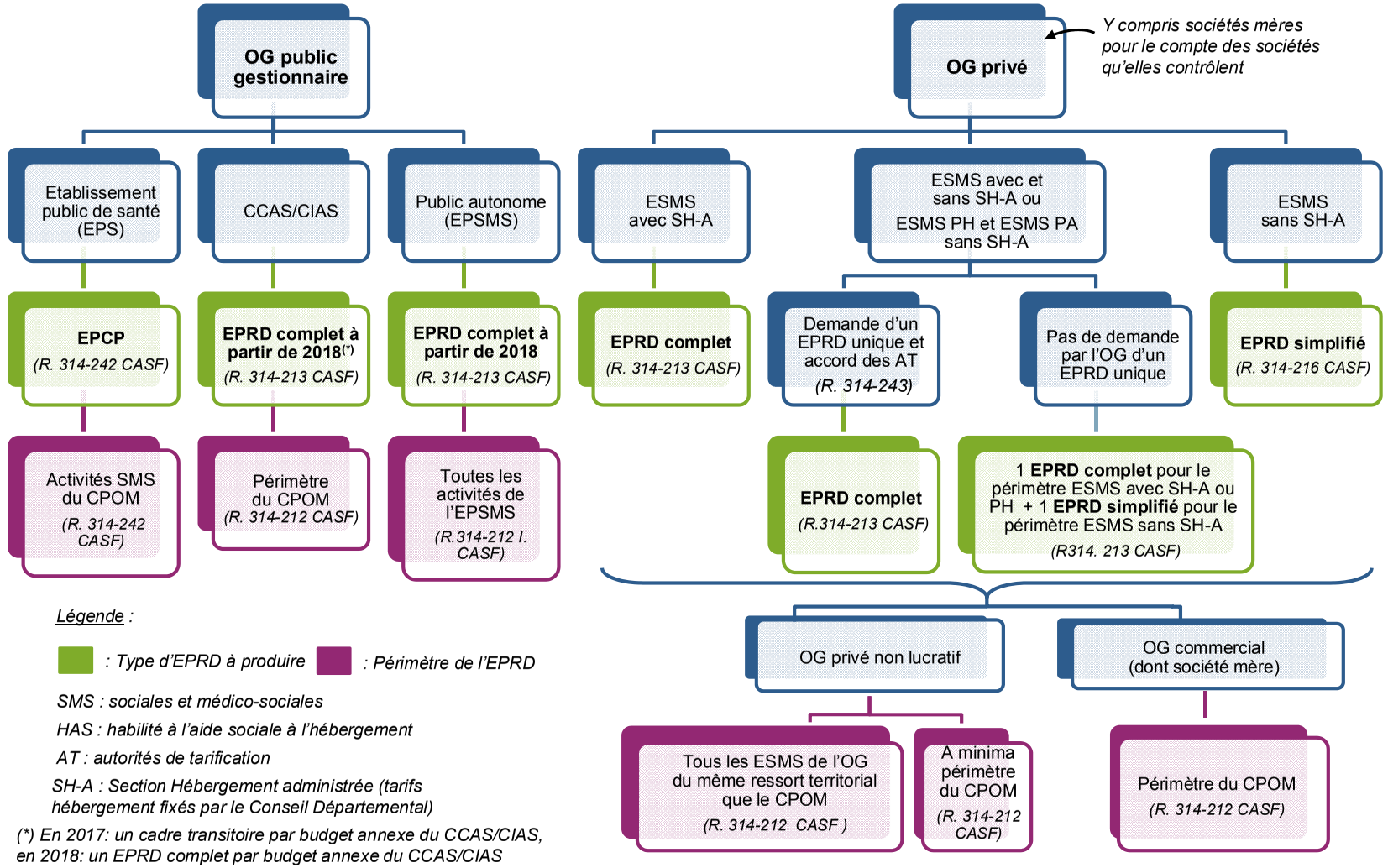
Si l'OG est un CCAS, il remplit un cadre transitoire en 2017 et un EPRD complet en 2018 par budget annexe.

Si l'OG est un établissement public de santé, il produit un EPCP pour l'ensemble des ESMS inclus dans le périmètre du CPOM.



* c'est-à-dire ne pouvant pas faire l'objet d'une pluriannualité budgétaire dans le cadre des CPOM L. 313-12 (IV-ter) ou L. 313-12-2. Ces établissements et services relèvent du CPOM L. 313-11

QUEL EPRD POUR QUEL CAS APRÈS SIGNATURE DU CPOM [CPOM L. 313-12 (IV TER) DU CASF]



Légende :

: Type d'EPRD à produire *: Périmètre de l'EPRD*

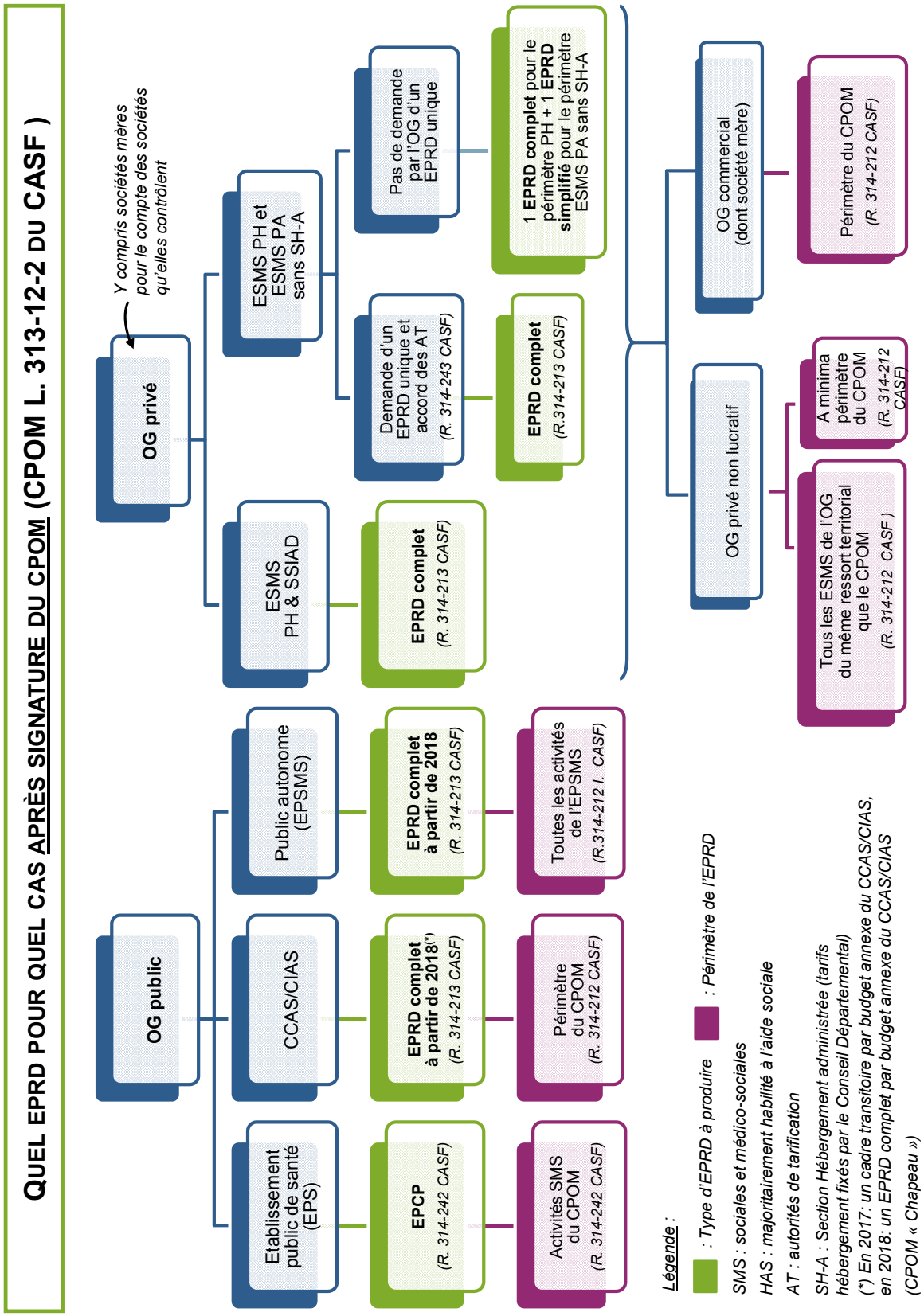
SMS : sociales et médico-sociales

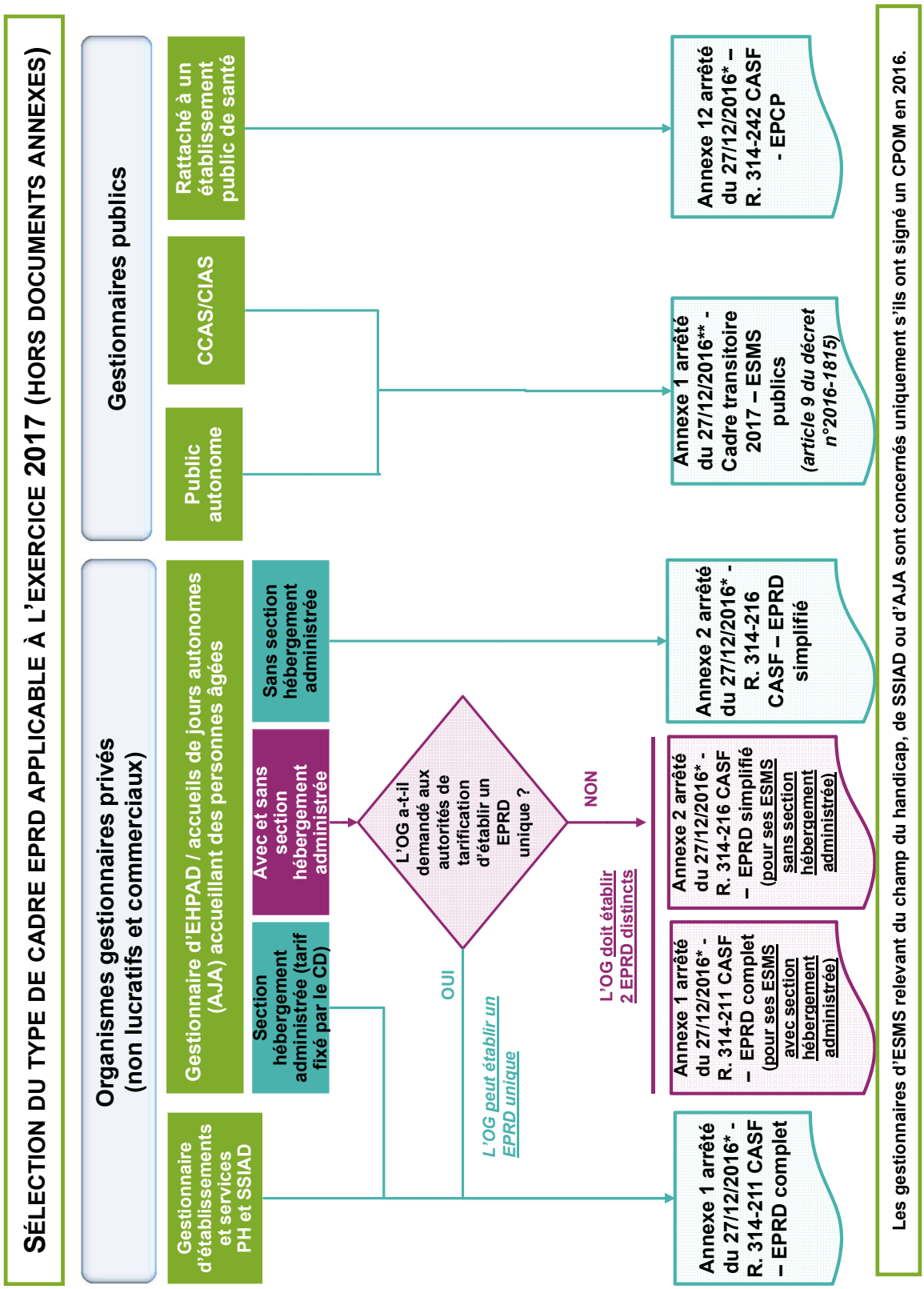
HAS : habilité à l'aide sociale à l'hébergement

AT : autorités de tarification

SH-A : Section Hébergement administrée (tarifs hébergement fixés par le Conseil Départemental)

(*) En 2017: un cadre transitoire par budget annexe du CCAS/CIAS, en 2018: un EPRD complet par budget annexe du CCAS/CIAS (CPOM « Chapeau »)


QUEL EPRD POUR QUEL CAS APRÈS SIGNATURE DU CPOM (CPOM L. 313-12-2 DU CASF)
OG public
Etablissement public de santé (EPS)
EPCP (R. 314-242 CASF)
Activités SMS du CPOM (R. 314-242 CASF)
CCAS/CIAS
EPRD complet à partir de 2018(*) (R. 314-213 CASF)
Périmètre du CPOM (R. 314-212 CASF)
Public autonome (EPSMS)
EPRD complet à partir de 2018 (R. 314-213 CASF)
Toutes les activités de l'EPSMS (R.314-212 I. CASF)
OG privé
Y compris sociétés mères pour le compte des sociétés qu'elles contrôlent
ESMS PH & SSIAD
EPRD complet (R. 314-213 CASF)
ESMS PH et ESMS PA sans SH-A
Demande d'un EPRD unique et accord des AT (R. 314-243 CASF)
EPRD complet (R.314-213 CASF)
Pas de demande par l'OG d'un EPRD unique
1 EPRD complet pour le périmètre PH + 1 EPRD simplifié pour le périmètre ESMS PA sans SH-A
OG privé non lucratif
Tous les ESMS de l'OG du même ressort territorial que le CPOM (R. 314-212 CASF)
A minima périmètre du CPOM (R. 314-212 CASF)
OG commercial (dont société mère)
Périmètre du CPOM (R. 314-212 CASF)
Légende :
: Type d'EPRD à produire
: Périmètre de l'EPRD
SMS : sociales et médico-sociales
HAS : majoritairement habilité à l'aide sociale
AT : autorités de tarification
SH-A : Section Hébergement administrée (tarifs hébergement fixés par le Conseil Départemental)
(*) En 2017: un cadre transitoire par budget annexe du CCAS/CIAS, en 2018: un EPRD complet par budget annexe du CCAS/CIAS (CPOM « Chapeau »)


SÉLECTION DU TYPE DE CADRE EPRD APPLICABLE À L'EXERCICE 2017 (HORS DOCUMENTS ANNEXES)
Organismes gestionnaires privés (non lucratifs et commerciaux)
Gestionnaires publics
Gestionnaire d'établissements et services PH et SSIAD
Gestionnaire d'EHPAD / accueils de jours autonomes (AJA) accueillant des personnes âgées
Section hébergement administrée (tarif fixé par le CD)
Avec et sans section hébergement administrée
Sans section hébergement administrée
Public autonome
CCAS/CIAS
Rattaché à un établissement public de santé
L'OG a-t-il demandé aux autorités de tarification d'établir un EPRD unique ?
OUI
NON
L'OG peut établir un EPRD unique
L'OG doit établir 2 EPRD distincts
Annexe 1 arrêté du 27/12/2016* - R. 314-211 CASF – EPRD complet
Annexe 1 arrêté du 27/12/2016* - R. 314-211 CASF – EPRD complet (pour ses ESMS avec section hébergement administrée)
Annexe 2 arrêté du 27/12/2016* - R. 314-216 CASF – EPRD simplifié (pour ses ESMS sans section hébergement administrée)
Annexe 2 arrêté du 27/12/2016* - R. 314-216 CASF – EPRD simplifié
Annexe 1 arrêté du 27/12/2016** - Cadre transitoire 2017 – ESMS publics (article 9 du décret n°2016-1815)
Annexe 12 arrêté du 27/12/2016* – R. 314-242 CASF - EPCP
Les gestionnaires d'ESMS relevant du champ du handicap, de SSIAD ou d'AJA sont concernés uniquement s'ils ont signé un CPOM en 2016.

** Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents mentionnés aux articles R. 314-211, R. 314-216, R. 314-217, R. 314-219, R. 314-223, R. 314-224, R. 314-225, R. 314-232, R. 314-233, R. 314-240 et R. 314-242 du code de l'action sociale et des familles*

*** Arrêté du 27 décembre 2016 fixant les modèles de documents transitoires mentionnés à l'article 9 du décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles*

ANNEXE 3

EXEMPLES DE STRUCTURATION PARTICULIÈRE DE L'EPRD POUR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS RATTACHÉS AUX CCAS

Un gestionnaire public non doté de la personnalité morale (CCAS) gérant deux EHPAD et un SSIAD n'ayant pas signé de CPOM L313-12 IV *ter* doit-il déposer 1 EPRD avec 3 CRP ou 3 EPRD avec 1 CRP chacun ?

Si le CCAS dispose de la personnalité juridique, la gestion de ses ESSMS s'effectuera dans les conditions décrites dans l'annexe 1 de l'instruction ministérielle N° DGCS/SD5C/CNSA/2016/304 du 10 octobre 2016 (instruction relative au calendrier de campagne budgétaire « EPRD », en application des dispositions législatives de la loi d'adaptation de la société au vieillissement et de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de l'année 2016, dans l'attente de la parution des textes réglementaires d'application). L'annexe 1 précise en effet, s'agissant du «périmètre de l'EPRD – Après signature d'un CPOM :

« Un EPRD complet par budget annexe (impossibilité d'avoir des budgets en « cascade »).

En d'autres termes, pour un CCAS qui gérerait les 3 budgets annexes (BA) suivants :

– 1 BA « EHPAD1 » ;
– 1 BA « EHPAD 2 »
– 1 BA « SSIAD » n'ayant pas signé le CPOM prévu à l'article L. 313-12-2 du CASF ou L. 313-12 (IV ter)

Les documents budgétaires suivants devraient être présentés :

– 1 EPRD pour l'EHPAD 1 (complet)
– 1 EPRD pour l'EHPAD 2 (complet)
– 1 budget prévisionnel pour le SSIAD (avec une section d'exploitation et une section d'investissement).

Si les 2 EHPAD étaient gérés au sein d'un même budget annexe, un seul EPRD serait alors présenté qui regrouperait les 2 EHPAD (un seul CRP).

– Un gestionnaire public autonome gérant un EHPAD et un FAM dans le même département et n'ayant signé aucun CPOM (ni pour l'EHPAD, ni pour le FAM), doit-il déposer un EPRD avec un CRP EHPAD et un CRP FAM dès 2017 ?

Les EHPAD doivent établir un EPRD dès l'exercice 2017, indépendamment de la signature du CPOM prévu à l'article L. 313-12 (IV ter) du CASF, en application de l'article 58 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Comme précisé dans l'instruction interministérielle N° DGCS/5C/DGCL/DGFIP/2016/412 du 28 décembre 2016, les établissements publics sociaux et médico-sociaux (EPSMS, c'est à dire les établissements dotés de la personnalité juridique) relèvent d'un EPRD s'ils gèrent, à titre principal (budget principal) ou annexe (budget annexe) :

– un EHPAD ou une PUV (article L. 313-12 IV *ter* du CASF) ;
– un ESSMS pour personnes handicapées (ESSMS mentionnés aux 2°, 3°, 5° et 7° du I de l'article L. 312-1 du CASF) ou un SSIAD pour personnes âgées qui a signé un CPOM au titre de l'article L. 313-12-2 du CASF en 2016.

Il s'applique alors dès 2017 à l'ensemble des budgets de l'EPSMS (budget principal et budgets annexes) du fait de l'unicité juridique, et donc budgétaire de l'établissement public. Ainsi, à titre d'exemple, si un EPSMS est un EHPAD ou s'il gère un EHPAD dans le cadre d'un budget annexe, il devra présenter un EPRD pour l'ensemble de ses budgets (budget principal et budgets annexes), y compris pour les budgets qui ne relèvent pas de la compétence tarifaire du directeur général de l'ARS ou du président du conseil départemental [budgets relevant de la compétence du préfet ou budgets non financés sur des fonds publics : budget de production et de commercialisation d'un établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), service industriel et commercial (SIC) et dotation non affectée (DNA)].

L'annexe 1 de l'instruction du 28 décembre 2016 présente les différentes configurations possibles pour les ESSMS publics.

ANNEXE 4

LES MODIFICATIONS INTRODUITES DANS LE CASF POUR PERMETTRE LA MISE EN ŒUVRE DE L'EPRD ET LA COEXISTENCE DE DEUX SYSTÈMES DE TARIFICATION

1. **Sur les principes généraux de la tarification**

Le décret modifie des dispositions antérieures notamment s'agissant des principes généraux de la tarification. L'article R. 314-1 du CASF est complété par un dernier alinéa qui précise les articles du chapitre « dispositions financières » (articles R. 314-1 et suivants du CASF) qui ne sont pas applicables dans un environnement EPRD.

L'article R. 314-3 du CASF – qui fixe les règles de compétence en matière tarifaire dans un environnement « budget prévisionnel » – occupe une place particulière. En effet, la lecture de cet article doit être croisée avec celle de l'article L. 314-210 du CASF qui fixe les règles de compétence tarifaire lorsque les ESSMS relèvent d'un EPRD. À l'article R. 314-3, l'approche budgétaire reste celle de la tarification habituelle : acceptation et financement d'un certain niveau de charges d'exploitation par une autorité de tarification, en application de l'article L. 314-7 du CASF.

La rédaction de cet article est complétée par l'ajout d'un « I-*bis* » qui exclut du champ d'application de cet article les ESSMS qui relèvent des CPOM mentionnés aux L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2. En revanche, dans le cas d'établissements publics sociaux ou médico-sociaux autonomes qui gèrent de façon concomitante, en budgets principal ou annexe(s) des activités qui relèvent du champ de la réforme (EHPAD, PUV, SSIAD et ESSMS PH visés à l'article L. 313-12-2) et d'autres qui n'en relèvent pas (établissements et services relevant du champ de compétence des préfets et ESSMS pour lesquels la pluri-annualité budgétaire n'est pas fixée), l'établissement doit établir un budget prévisionnel pour ces dernières. Ce document n'alors qu'une visée tarifaire, l'EPRD s'appliquant à l'ensemble des budgets de l'établissement. Les autres modifications apportées à cet article sont des mesures de cohérence.

L'article R. 314-6 du CASF est complété afin de prévoir, à terme, la mise en place possible d'une comptabilité analytique : analyse de l'activité et des coûts des ESSMS. Les cadres de collecte des données nécessaires à cette analyse seront fixés par arrêté ministériel, en fonction des secteurs d'activité[1].

La modification de l'article R. 314-7 du CASF permet d'intégrer au côté des charges et des produits de la section d'exploitation les ressources et les emplois de la section d'investissement. Elle intègre également le cas où l'ESSMS relève d'un EPRD. La suppression de la dernière phase de cet article est sans conséquence sur la détermination du budget des établissements et services qui continuent à relever d'une procédure contradictoire.

L'article R. 314-13 du CASF, qui ne s'applique pas aux ESSMS relevant d'un EPRD, est modifié en conséquence.

L'article R. 314-20 du CASF est modifié afin de prendre en compte le cas où l'ESSMS relève d'un EPRD. En application de l'article L. 314-7, les programmes d'investissement (et leurs plans de financement) des ESSMS autres que les établissements mentionnés aux articles L. 342-1 à L. 342-6 du CASF, sont soumis à l'accord des autorités de tarification.

La modification apportée au 4° de l'article R. 314-22 du CASF permet d'élargir cette disposition aux ESSMS relevant de la compétence des conseils départementaux.

La modification apportée à l'article R. 314-24 du CASF est une mesure de simplification qui élargit le champ des transmissions de courriers par voie électronique, pour l'instant réservé à la seule transmission des propositions budgétaires. Des dispositions similaires sont prévues pour les ESSMS relevant d'un EPRD à l'article R. 314-216 du CASF.

La modification de l'article R. 314-27 du CASF permet d'étendre l'application de cet article aux établissements et services relevant d'un EPRD.

[1] Les dispositions sont les suivantes : L'établissement ou le service élabore, pour l'analyse de son activité et de ses coûts, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation de son budget, le cas échéant réparti conformément aux dispositions de l'article R. 314-10 ou, lorsqu'il est fait application des dispositions de la section 4 du présent chapitre, de l'article R. 314-217. Le modèle de ce document et les modalités de calcul des éléments qui y figurent sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé, des affaires sociales, des personnes âgées et des personnes handicapées. Cet arrêté fixe également la date limite de transmission, qui ne peut être antérieure à la date mentionnée au II de l'article R. 314-49 et au III de l'article R. 314-232 »

La modification de l'article R. 314-34 du CASF répond à un double objectif :

– prendre en compte la rédaction de l'article L. 313-12 du CASF issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dans son ancienne rédaction, le I de cet article regroupait les EHPAD et les PUV, dans sa nouvelle rédaction, les EHPAD sont mentionnés au I et les PUV au II) ;
– écarter l'application d'une procédure d'abattement sur des charges proposées et d'une décision tarifaire prise à l'issue de la procédure budgétaire pour :
  – les tarifs « soins » et « dépendance » des EHPAD et des PUV (nota : cette procédure reste applicable pour le tarif « hébergement », lorsque ce tarif est administré, dans l'attente d'une pluri-annualité budgétaire fixée dans le cadre du CPOM du L. 313-12 (IV *ter*)) ;
  – les ESSMS relevant du périmètre d'un CPOM signé au titre des articles L. 313-12 (IV *ter*) ou L. 313-12-2, et pour lesquels une pluri-annualité budgétaire est fixée dans le cadre de ce contrat.

Comme pour l'article R. 314-24 du CASF, la modification de l'article R. 314-36 permet d'élargir le champ des transmissions de courriers par voie électronique. Les décisions d'autorisation budgétaire et les décisions de tarification (ou arrêtés de tarification) peuvent être notifiées de façon dématérialisée.

La modification du III de cet article permet par ailleurs de préciser le régime de publication des décisions tarifaires des ARS. Ces décisions doivent être publiées au recueil des actes administratifs de la préfecture.

L'article R. 314-37 du CASF, qui s'applique aux établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes, est adapté afin de s'appliquer quel que soit le document budgétaire utilisé par l'établissement (budget prévisionnel ou EPRD). De plus, la notion de « budget exécutoire » est retirée afin d'éviter toute confusion avec le caractère exécutoire conféré au budget par sa transmission au représentant de l'État dans le département (article L. 315-14 du CASF).

La modification de l'article R. 314-38 du CASF intègre une disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2016 (article 75-I-2°) qui modifie l'article L. 314-7 du CASF en prévoyant la détermination d'un tarif de reconduction provisoire applicable au 1er janvier de l'année qui suit.

La création de l'article R. 314-45-1 du CASF est une régularisation. Le conseil d'administration des établissements publics sociaux et médico-sociaux autonomes est compétent pour adopter les virements de crédits au regard des dispositions de l'article L. 315-15 du CASF, compte tenu du caractère limitatif de ces crédits.

Le comptable public contrôle la disponibilité des crédits au niveau de ces groupes. Il est donc nécessaire de porter à sa connaissance toute modification dans la répartition des crédits.

À l'article R. 314-47 du CASF, le 1° mentionnant l'Ondam est supprimé. Une modification du budget serait fondée dans ce cas sur une diminution des dotations régionales limitatives de l'objectif global de dépenses (soit la situation mentionnée au 2°).

En complément, la mention des ESSMS accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques est rajoutée, ces structures étant potentiellement concernées elles-aussi.

À l'article R. 314-48 du CASF, la suppression de la référence à l'article R. 314-49 permet d'étendre l'applicabilité de l'article aux ESSMS relevant d'un EPRD.

L'article R. 314-52 du CASF est reformulé afin de bien identifier les conséquences d'un rejet de dépenses par l'autorité de tarification. L'impact de ce rejet se traduit uniquement en termes de financement : il se traduit par une diminution du tarif de l'année N+ 1 ou N+ 2 et non en termes comptables (la dépense rejetée est maintenue dans la comptabilité de l'ESSMS, le résultat comptable n'est pas modifié en tant que tel mais c'est son affectation qui diffère).

L'article R. 314-58 du CASF est modifié pour être applicable aux comptes administratifs (documents de clôture d'exercice comptable, pendant du budget prévisionnel) et aux états réalisés des recettes et des dépenses (documents de clôture d'un exercice comptable, pendant de l'EPRD).

L'article R. 314-64 du CASF, qui précise le cadre budgétaire et comptable applicable aux établissements publics sociaux et médico-sociaux, est complété des références au cadre budgétaire « EPRD ». En fonction de ses activités, l'établissement relève soit du budget prévisionnel, soit de l'EPRD.

De même, l'article R. 314-65 du CASF est complété afin de distinguer les règles d'équilibre budgétaire applicables à ces établissements en fonction du document budgétaire. L'article R. 314-15 du CASF définit les règles d'équilibre réel pour un établissement soumis à un budget prévisionnel.

Ces règles diffèrent pour les établissements relevant d'un EPRD compte tenu du mode d'allocation de ressources fondé sur une tarification à la ressource, et non sur l'acceptation d'un niveau de charges. Ces règles sont définies à l'article R. 314-222 du CASF.

L'article R. 314-67 du CASF est complété par l'ajout d'un « IV *bis* » qui précise l'obligation de transmission au comptable public des documents budgétaires exécutoires afin que ce dernier puisse procéder aux contrôles qui lui incombent (contrôle de la disponibilité des crédits notamment) dans l'exercice de ses fonctions.

Le IV de ce même article est également complété. À la différence des établissements relevant d'un budget prévisionnel, où l'ensemble des groupes fonctionnels ont un caractère limitatif, seules les dépenses de personnel ont ce caractère lorsque l'établissement relève d'un EPRD. Les autres groupes de dépenses ont un caractère évaluatif (situation comparable aux établissements publics de santé). Les titres portent sur le tableau de financement, qui remplace la section d'investissement dans un environnement EPRD.

La modification de l'article R. 314-68 du CASF établit la correspondance entre les composantes « exploitation » et « investissement » d'un budget prévisionnel et celles d'un EPRD. Il permet ainsi de faciliter la lecture des dispositions du code général des collectivités territoriales applicables aux ESSMS publics.

L'ajout d'un dernier alinéa à l'article R. 314-73 du CASF permet de préciser l'obligation de transmettre les délibérations exécutoires d'affectation du résultat au comptable public, afin que ce dernier puisse procéder à l'enregistrement des écritures appropriées dans la comptabilité de l'établissement public.

Les dispositions de l'article R. 314-74 du CASF concernent les budgets relatifs aux dotations non affectées et aux services industriels et commerciaux que peut gérer un établissement public autonome, (ces activités ne constituant pas des activités sociales ou médico-sociales mentionnées au I de l'article L. 312-1). Le complément de rédaction permet d'introduire les notions de budget annexe lorsque l'établissement relève d'un budget prévisionnel et de compte de résultat annexe lorsqu'il relève d'un EPRD. Pour faciliter la lecture de l'article, il est créé un « I » et un « II ». Les possibilités d'affectation des excédents ne sont pas modifiées. Il est rajouté un III relatif aux mesures de redressement lorsque cette activité est structurellement déficitaire.

L'article R. 314-75 du CASF est applicable aux activités sociales et médico-sociales relevant d'un établissement public de santé. Il précise les dispositions du CASF applicables à ces activités, qu'elles relèvent ou non des CPOM mentionnés aux articles L. 312-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2 du CASF. Les modifications apportées ici ont un double objectif :

– clarifier les dispositions tarifaires applicables à ces activités (les dispositions budgétaires et comptables relevant, elles, du code de la santé publique) ;
– introduire le cas où ces activités relèvent des CPOM des articles L. 313-12 (IV *ter*) ou L. 313-12-2 du CASF.

Les documents à transmettre et les objectifs de cette transmission sont clarifiés.

La rédaction de l'article R. 314-76 du CASF est mise en cohérence avec l'article R. 314-52 précité.

L'article R. 314-78 du CASF, qui s'appliquent aux activités sociales et médico-sociales rattachées à une collectivité territoriale, ou à l'un de ses établissements (CCAS, CIAS), est modifié afin de distinguer celles qui relèvent d'un budget prévisionnel et celles qui relèvent d'un EPRD. Dans les deux cas, il y a un document budgétaire par activité.

L'article R. 314-80 du CASF, qui s'applique aux ESSMS gérés par une personne morale de droit privé à but non lucratif, est modifié pour intégrer le cas où ceux-ci relèvent des dispositions propres à l'EPRD.

L'article R. 314-95 du CASF est modifié afin d'intégrer la création d'un fonds de dotation par les associations sur la trésorerie des ESSMS dont elles assurent la gestion, en vue de financer les besoins de restructuration/reconstruction de ces ESSMS. Si la constitution de ces fonds est possible, les financements apportés sur les trésoreries de ces ESSMS doivent pouvoir être suivis dans leur comptabilité et dans celle de l'organisme gestionnaire en tant qu'immobilisations financières.

La modification de l'article R. 314-101 du CASF introduit le cas où le gestionnaire commercial relève d'un EPRD pour les ESSMS dont il assure la gestion. Dans ce cas, les deux derniers alinéas de l'article R. 314-104 ne sont pas applicables. Ces dispositions sont remplacées par des dispositions communes de la section IV, ainsi que l'article R. 314-243 du CASF qui ne s'applique qu'aux organismes commerciaux.

En matière de tarification des ESSMS-PH et SSIAD/SPASAD, il convient de préciser que l'article R. 314-105 du CASF a été modifié afin d'intégrer les points suivants :

– le financement des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social à compter de 2017, en application de l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ;

– la modification des références et de terminologie, conformément aux articles L. 313-12 et L. 314-2 dans leur rédaction issue de la loi ASV ;
– le passage en dotation globale pour les ESSMS relevant de l'article L. 313-12-2, lorsqu'ils sont encore financés sous la forme d'un prix de journée, en application de l'article 75 de LFSS pour 2016 ;
– les modalités de répartition de la dotation globale entre l'assurance maladie et le conseil départemental lorsque l'établissement ou le service accueille des jeunes relevant de l'article L. 242-4 « Amendement Creton ».

La rédaction de l'article R. 314-106 du CASF, relatif aux dotations globales de financement, est complétée dans le cadre d'une tarification à la ressource. Dans ce cas, la dotation globale de financement n'est pas conditionnée par un niveau de dépenses pour le montant des crédits de tarification notifiés.

L'article est également mis en adéquation avec la modification apportée à l'article R. 314-52 du CASF (impact d'un rejet de charges).

L'article D. 314-106-1 du CASF est créé afin de préciser les modalités de détermination de la dotation globale de financement de reconduction provisoire applicable au 1er janvier N+ 1, en application de l'article 75-I-2° de la LFSS pour 2016.

L'article R. 314-108 du CASF prend en compte le cas où la dotation globale de financement de reconduction provisoire n'aurait pas été fixée. Si la dotation globale de financement de reconduction provisoire n'a pas été fixée, les douzièmes sont versés sur la base de la dernière dotation globale de financement au titre de l'exercice précédent, comme auparavant, dans l'attente de la fixation de la dotation globale de financement au titre de l'année en cours.

S'agissant des prix de journée, il convient de préciser que l'article R. 314-113 du CASF est mis en adéquation avec la modification apportée à l'article R. 314-52 (impact d'un rejet de charges). L'article D. 314-113-1 du CASF est créé afin de préciser les modalités de détermination des prix de journée de reconduction provisoire applicable au 1er janvier N+ 1, en application de l'article 75-I-2° de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (modifiant l'article L. 314-7). L'article R. 314-115, relatif aux prix de journée globalisés, est complété pour les établissements et services qui accueillent des jeunes relevant de l'article L. 242-4 (disposition équivalente -à celles du XVI de l'article R. 314-105 du CASF dans l'attente de la signature d'un CPOM). L'article R. 314-116 du CASF prend en compte le cas où le prix de journée de reconduction provisoire n'aurait pas été fixé. Si le prix de journée globalisé de reconduction provisoire n'a pas été fixé, les douzièmes sont versés sur la base du dernier prix de journée globalisé fixé au titre de l'exercice précédent,

La rédaction de l'article R. 314-119 du CASF, qui porte sur les prix de journée différenciés en fonction de l'activité de l'établissement et des services, est adaptée pour prendre en compte le cas d'une tarification à la ressource et l'existence de deux documents budgétaires distincts (budget prévisionnel et EPRD).

Lorsque l'ESSMS relève d'un budget prévisionnel, l'autorité de tarification produit dans un premier temps une décision d'autorisation budgétaire, puis une décision de tarification au terme d'une procédure itérative. Ces décisions peuvent fixer des prix de journée différenciés.

Lorsque l'ESSMS relève d'un EPRD, l'autorité de tarification ne produit qu'une décision de tarification qui peut différencier des prix de journée, dès le début de la campagne budgétaire.

La modification de l'article R. 314-129 du CASF relatif aux budgets de production et de commercialisation des ESAT est effectuée, d'une part, à titre de régularisation (dénomination de ces établissements et services) et, d'autre part, pour intégrer le cas où l'ESAT relève d'un CPOM mentionné au IV *ter* de l'article L. 313-12 (lorsque ce CPOM est multi activités) ou à l'article L. 313-12-2, les ESAT relevant de ce CPOM obligatoire.

Dans l'attente de la signature du CPOM, les règles d'affectation du résultat applicables à ces budgets sont celles déterminées à l'article R. 314-51 (II, III et IV de l'article). Après la signature du CPOM, les règles d'affectation du résultat applicables aux budgets de production et de commercialisation sont celles déterminées à l'article R. 314-234 qui relève des dispositions propres aux établissements et services relevant d'un EPRD.

L'article R. 314-143 du CASF apporte des précisions sur :
– la mention expresse des SAMSAH dans cet article ;
– les délais de notification du forfait soins des FAM et des SAMSAH au président du conseil départemental, lorsque l'établissement ou le service relève d'un CPOM [au IV *ter* de l'article L. 313-12 (dans le cas d'un CPOM multi-activités) ou à l'article L. 313-12-2).

La modification apportée à l''article R. 314-146 du CASF précise, pour les FAM et les SAMSAH, les modalités de reversement de financements ayant couvert des dépenses non justifiées.

L'article R. 314-205 du CASF, relatif à la prise en charge des frais financiers des EHPAD par l'assurance maladie, est modifié afin d'intégrer la signature des CPOM de l'article L. 313-12 (VI *ter*) tout en maintenant le bénéfice de ces dispositions aux EHPAD ayant signé une convention tripartite prévue à l'article L. 313-12 dans sa version antérieure à la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

L'article R. 314-208 du CASF relatif aux frais de transport dans les MAS et les FAM organisant un accueil de jour, est adapté pour prendre en compte le cas où l'établissement relève d'un CPOM mentionné au IV *ter* l'article L. 313-12 (dans le cas d'un CPOM pluriactivités) ou à l'article L. 313-12-2.

2. **Sur la fixation pluriannuelle du budget**

Pour une meilleure lisibilité, l'application de l'article R. 314-39 du CASF où la pluri-annualité budgétaire reste une possibilité, a été écartée pour les ESSMS relevant d'un EPRD. Mais un article R. 314-39-1 du CASF a été créé pour ces derniers. Cet article rend la pluri-annualité budgétaire obligatoire pour les ESSMS relevant des CPOM des articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2, indépendamment des règles spécifiques de détermination des forfaits « soins » et « dépendance » pour les EHPAD. C'est cette pluri-annualité budgétaire qui permet de passer à une tarification à la ressource.

En complément, la situation de certains budgets, lorsqu'ils existent, est précisée au sein de ces CPOM. Y sont mentionnés à titre d'information :

- les budgets de production et de commercialisation des établissements et services d'aide par le travail, indépendamment du statut du gestionnaire ;
- Pour les établissements sociaux et médico-sociaux publics autonomes :
  - les budgets des activités qui relèvent de la compétence du préfet,
  - les budgets des activités qui, bien que relevant de la compétence tarifaire de l'ARS ou du conseil départemental, ne font pas l'objet d'une pluri-annualité budgétaire[2],
  - les budgets relatifs aux dotations non affectées (DNA) et aux services industriels et commerciaux (SIC).

Ce même article établit le lien entre les CPOM des articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2 et l'utilisation d'un EPRD.

Un article R. 314-39-2 du CASF est créé afin de préciser la date d'entrée en vigueur des CPOM. Cette date ne peut être antérieure à la date de signature du contrat.

L'article R. 314-40 du CASF qui porte sur les modalités de détermination pluriannuelle du budget, est modifié pour prendre en compte les différentes situations :

- pluri-annualité budgétaire optionnelle dans le cas d'un CPOM signé au titre de l'article L. 313-11 ou d'une convention tripartite « EHPAD » signée en application de l'article L. 313-12 dans sa version antérieure à la loi ASV ;
- pluri-annualité budgétaire obligatoire pour les ESSMS visés aux articles L. 313-12-2 (IV *ter*) et L. 312-12-2, en application de l'article R. 314-39-1.

En complément, des modifications rédactionnelles ont été apportées et les financements relevant des conseils départementaux sont expressément mentionnés. Une quatrième modalité de pluri-annualité budgétaire est créée afin de prendre en compte l'opposabilité du résultat d'équations tarifaires (forfaits soins et dépendance d'un EHPAD par exemple), de tarifs plafonds ou d'algorithmes.

L'article R. 314-42 du CASF intègre la quatrième modalité en précisant que la signature d'un CPOM dispense de la procédure contradictoire annuelle. En outre, la contractualisation au titre des articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2 ne permet pas de déroger à la transmission d'un EPRD. Il a également été introduit les plans de retour à l'équilibre dans les CPOM, indépendamment des plans de redressement et des missions d'enquête.

La création d'un « IV » permet de lier l'instruction d'une demande de frais de siège à la négociation du CPOM lorsque l'ensemble des ESSMS gérés par un organisme privé non lucratif relève du périmètre du CPOM.

L'article R. 314-43 du CASF est complété pour les ESSMS qui relèvent d'un CPOM des articles L. 313-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2. Ces CPOM doivent obligatoirement prévoir les modalités d'affectation des résultats fondées sur une affectation par l'OG en lien avec les objectifs du CPOM.

[2] Activités qui ne relèvent pas du champ obligatoire de contractualisation mentionné à l'article L. 313-12-2, exemples : structures accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifique, foyers de vie/occupationnel, foyers d'hébergement, services d'accompagnement à la vie sociale, etc. Pour ces établissements et services, leur intégration dans le CPOM au titre d'une pluri-annualité budgétaire reste possible et les règles qui seront applicables à ces budgets seront identiques à celles des budgets relevant du CPOM obligatoire.

Pour les établissements autres que les EHPAD et les PUV, ainsi que pour les services, tout ou partie d'un excédent comptable peut être repris en diminution du tarif N+ 1 ou N+ 2.

La reprise de déficits peut également être prévue, notamment dans le cadre d'un plan de retour à l'équilibre.

Pour les ESSMS qui relèvent d'un CPOM du L. 313-11 du CASF, une affectation par l'OG des résultats reste facultative.

L'article R. 314-43-1 du CASF est modifié pour intégrer les CPOM mentionnés aux articles R; 314-12 (IV *ter*) et L. 313-12-2, ainsi que les financements à la ressource. Ce même article est complété par les dispositions suivantes :

– l'autorité de tarification peut contrôler que les choix de l'organisme gestionnaire dans la répartition de la dotation globalisée commune ne viennent pas provoquer des déséquilibres budgétaires pour certains de ses ESSMS ;
– les redéploiements opérés par l'organisme gestionnaire au titre d'un exercice ne valent pas pour les années suivantes ;
– possibilité de désigner une caisse départementale (principalement CPAM) comme seule interlocutrice d'un organisme gestionnaire intervenant dans différents départements d'une même région (mais cette disposition doit être complétée par une modification du code de la sécurité sociale).

3. **Fermeture d'un établissement ou d'un service**

L'article R. 314-97 du CASF est modifié afin de :

– prendre en compte l'avis du Conseil d'État n° 366884 du 2 octobre 2013 relatif au reversement des amortissements cumulés (impossibilité de demander ce reversement) ;
– transposer les modifications apportées à l'article L. 313-19 du CASF par la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire (reversement du solde des subventions amortissables et transférables et des plus-values sur les actifs immobilisés).

4. **Autres modifications**[3]

L'article R. 314-111 du CASF est modifié pour prendre en compte la dénomination des financements « soins » des EHPAD et des PUV mentionnés au 1° du I de l'article L. 314-2, ainsi que, comme à l'article R. 314-207 du CASF pour intégrer le découpage de l'article L. 313-12 dans sa rédaction issue de la loi d'adaptation de la société au vieillissement. (Antérieurement regroupés au I de cet article, les EHPAD et les PUV relèvent désormais respectivement des I et II de cet article).

À noter : les modifications des articles R. 314-128, R. 314-149 (montant de la caution réduit à une fois le tarif mensuel d'hébergement) et R. 314-198 du CASF (silence vaut acceptation) sont effectuées à titre de régularisation.

La création de l'article R. 314-209 du CASF, relatif aux tarifs « hébergement » et « dépendance » des ESLD[4] de l'AP-HP, est la reprise de l'article R. 314-193, abrogé par le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016 relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux forfaits journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du CASF.

La modification de l'article D. 312-159-5 du CASF précise les modalités de contrôle des forfaits soins des résidences autonomie (ex- logements-foyers). Le compte d'emploi de ce forfait est transmis à l'ARS pour le 30 avril N+ 1. En cas de non utilisation ou d'utilisation non conforme[5], ce forfait est reversé et supprimé pour les exercices à venir.

L'article R. 344-7 du CASF relatif aux conventions d'aide sociale des ESAT est abrogé.

[3] Certaines d'entre elles sont effectuées à titre de régularisation.

[4] Établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée (ex-USLD).

[5] Sont éligibles les dépenses relatives à la rémunération de leurs personnels de soins salariés et des charges sociales et fiscales y afférentes, ainsi que les actions de prévention de la perte d'autonomie au profit des résidents et des non-résidents.

ANNEXE 5

FICHE DE CALCUL DES RATIOS

– Les trois premiers ratios concernent l'endettement à moyen et long terme.

Indépendance financière (< 50 %) :	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169) x 100}}{\text{capitaux propres + emprunts}}$

Vous noterez que le calcul est réalisé sur la base des seuls financements stables du FRI, dont le périmètre est plus pertinent que la totalité des financements de long terme incluant certaines ressources (FRE) non dédiées à l'investissement.

Apurement de la dette (> 2) :	$\frac{\text{Immobilisations nettes amortissables}}{\text{Dettes financières à moyen et long terme}}$
Durée apparente de la dette :	$\frac{\text{Emprunts (comptes 16 hors c/165, c/1688 et c/169)}}{\text{CAF}}$

– L'indicateur suivant concerne le patrimoine immobilier et notamment la vétusté comptable des immobilisations (donc à interpréter avec prudence car fonction des durées choisies)

Construction, Installations techniques, matériel et outillage, Autres immobilisations corporelles	$\frac{\text{Solde créditeur des comptes 28}}{\text{Solde débiteur des comptes 21 et 23 correspondants}}$

S'agissant des équilibres du bilan, le fonds de roulement doit faire l'objet d'une analyse précise qu'il s'agisse du :

– Fonds de roulement d'investissement (FRI) qui comprend les postes liés au cycle d'investissement et qui sont d'un grand caractère de stabilité (financements stables d'investissements et biens stables).
– Fonds de roulement d'exploitation (FRE) qui comprend des postes par nature moins stables et non directement liés au cycle d'investissement (financements stables d'exploitation et créances stables d'exploitation).
– Fonds de roulement net global (FRNG).
– Besoin en fond de roulement défini en jours d'exploitation.

L'expression en jours des grandes masses financières peut permettre des comparaisons – l'expression de la trésorerie en jours est la plus fréquemment utilisée :

Calcul du FRI du FRE du FRNG en jours d'exploitation	$\frac{\text{FRI ou FRE ou FRNG x 365 j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
Besoin en fonds de roulement en jours d'exploitation	$\frac{\text{BFR x 365 j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$

– Il peut s'agir également du calcul du montant de la trésorerie en jours d'exploitation ainsi que de la réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation

trésorerie en jours d'exploitation	$\frac{\text{Trésorerie x 365 j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$
réserve de couverture du BFR en jours d'exploitation	$\frac{\text{Solde des comptes 141 et 10685 x 365 j.}}{\text{Total classe 6 (charges décaissables uniquement)}}$

Même si une trésorerie de sécurité proche de 30 jours est parfois recommandée cette norme ne peut être uniformément appliquée. Le niveau dépend du contexte de l'établissement notamment au regard de son cycle d'investissement.

– D'autres ratios concernent la rotation des postes d'exploitation en jours.

Stocks (10-20 j.)	[Stocks (solde débiteur classe 3)] x 365 j. / Total des consommations (comptes 601 à 603)
Créances (< 30 j.)	(Solde débiteur comptes 41) x 365 j. / Total des produits (comptes 70 et 73)
	(Solde créditeur comptes 401) x 365 j. / Total des charges (comptes 60 à 62)

Le passage en dotation globale commune dans le cadre des CPOM ou l'application du terme à échoir (EHPAD en particulier) doivent conduire à réduire le montant des créances et donc du BFR

Dettes fournisseurs (< 45 j.) Dettes sociales et dettes fiscales	(Solde créditeur comptes 43 et 44) x 365 j. / Total des charges (comptes 63 et 645 à 647)

Enfin, le dernier ratio concerne la CAF.

Taux de CAF (≈ 10 %)	CAF x100 / Total des produits d'exploitation (hors c/72, 775, 777, 7781 et 78)

La CAF est calculée globalement et mesure la trésorerie dégagée par l'activité normale de l'organisme gestionnaire. Surveiller le niveau de cet indicateur est essentiel. Le taux de CAF devrait se situer entre 5 et 10 % des produits courants. Un taux inférieur à 2 % est fragile, une insuffisance d'autofinancement remet en cause les équilibres de l'activité et constitue une alerte. Comme indiqué précédemment, le taux de CAF doit prendre en compte différents critères et notamment si l'organisme gestionnaire est propriétaire ou locataire.

ANNEXE 6

ANALYSE ET DÉCOMPOSITION DU FRNG

Le fonds de roulement net global (FRNG) – ou fonds de roulement (FR) – peut être décomposé en un fonds de roulement d'investissement (FRI) et un fonds de roulement d'exploitation (FRE).

La notion de FRNG est propre au bilan financier, se référant à la situation qui découle de l'évolution du FRI d'une part et du FRE d'autre part. Cette décomposition du FRNG en deux grandes masses FRI et FRE aide à analyser plus précisément la composition et donc la solidité plus ou moins grande du fonds de roulement suivant qu'il se destine à des opérations d'investissement ou au cycle d'exploitation.

Au 01/01/N, Le FRI est calculé à partir d'un retraitement des données comptables du dernier exercice clos (au 31/12/N-1). Il est égal à la différence entre les ressources stables et les emplois stables liés à l'investissement.

Les ressources du FRI comprennent :
- les dotations, apports ou fonds associatifs ;
- les excédents affectés à l'investissement ;
- les subventions d'investissement ;
- les réserves de compensation des charges d'amortissement ;
- les provisions pour renouvellement des immobilisations ;
- les provisions réglementées des plus-values nettes d'actif ;
- les emprunts et dettes financières ;
- les dépôts et cautionnements reçus ;
- les amortissements cumulés des immobilisations corporelles et incorporelles ;
- les dépenses refusées par l'autorité de tarification (en diminution des ressources) ;
- les dépréciations des immobilisations ;
- les comptes de liaison investissement en ressources ;
- les résultats non contrôlés par un tiers financeur (en diminution des ressources si ce résultat est déficitaire).

Les emplois du FRI comprennent :
- les immobilisations corporelles et incorporelles brutes ;
- les immobilisations en cours ;
- les immobilisations financières ;
- les amortissements comptables excédentaires différés ;
- les charges à répartir ;
- les comptes de liaison investissement en emplois.

Le fonds de roulement d'exploitation (FRE) correspond aux postes de long terme non liés directement au cycle d'investissement ou de durée plus courte. Au 01/01/N, Le FRE est calculé à partir d'un retraitement des données comptables du dernier exercice clos (au 31/12/N-1). Il est égal à la différence entre les ressources stables et les emplois stables liés à l'exploitation.

Les ressources du FRE comprennent :
- les réserves et provisions affectées à la couverture du BFR ;
- les réserves de compensation des déficits ;
- les résultats excédentaires sous contrôle de tiers financeurs ;
- les reports à nouveau excédentaires en attente d'affectation (sous contrôle de tiers financeurs) ;
- les reports à nouveau excédentaires affectés ;
- les provisions pour risques et charges ;
- les fonds dédiés ;
- les dépréciations des stocks, créances et éléments financiers ;
- les comptes de liaison trésorerie (stables) en ressources.

Les emplois du FRE comprennent :
- les reports à nouveau déficitaires (sous contrôle de tiers financeurs) ;
- les résultats déficitaires (sous contrôle de tiers financeurs) ;

– les créances glissantes[1] ;
– les droits acquis par les salariés, non provisionnés[2] ;
– les comptes de liaison trésorerie (stables) en emplois[3].

Les modifications prévisionnelles, notamment au titre de l'année N, du FRI et du FRE figurent dans le tableau « PGFP » de l'EPRD où sont retracées les augmentations et les diminutions des financements stables d'investissement et d'exploitation pour la période.

Ces prévisions sont reprises dans le même tableau afin de déterminer un apport ou un prélèvement sur le fonds de roulement net global. Ajoutées au FRNG initial, elles permettent de déterminer le FRNG) de fin de période.

Le FRNG initial et sa variation prévisionnelle sur l'année N sont repris dans l'onglet « EPRD synthétique » de l'EPRD.

Le FRI et le FRE constituent l'un des principaux retraitements effectués lors du passage du bilan comptable, au bilan financier, orienté vers le diagnostic. La présentation de certains postes diffère de celle du bilan comptable :

Comptablement, les amortissements réduisent la valeur brute des immobilisations, de telle sorte que les actifs présentés au bilan comptable sont les immobilisations nettes pour l'exercice en cours. Au bilan financier, les amortissements figurent du côté des ressources reflétant ainsi mieux l'autofinancement, première source de financement à long terme.

Dans le bilan financier, les résultats et reports à nouveau sont scindés entre résultat et report à nouveau excédentaire d'une part, et résultat et report à nouveau déficitaire d'autre part, le premier étant une ressource d'exploitation de long terme, le second étant un besoin d'exploitation de long terme à financer. Cette présentation a été adoptée pour retracer la logique de reprise possible par les financeurs des reports à nouveau pour la fixation du tarif dans le cadre de la procédure budgétaire issue de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002, qui sont soit à déduire soit à ajouter aux charges courantes prévisionnelles. L'intérêt strictement financier demeure même en l'absence de reprise, par la visualisation générale aisée que permet cette présentation des équilibres budgétaires d'ensemble. Certaines affectations autres qu'à l'investissement du résultat (couverture du BFR et de compensation des déficits) y figurent. De plus, un même organisme peut aussi gérer des activités pour lesquels une reprise des résultats est encore possible par les financeurs (cas de CRP en équilibre strict) justifiant leur positionnement au FRE.

[1] Créances mises en place lors du passage des ESAT et des CHRS en dotation globale de financement. Ce sont des créances de long terme qui se répercutent d'un exercice à l'autre tant qu'elles ne sont pas apurées.

[2] Les droits acquis par les salariés (au titre des congés payés ou des CET notamment), comptabilisés par les établissements mais non opposables aux financeurs (c/116-2 et 116-3). Ils sont donc retraités lors de l'affectation de résultat, dans la mesure où les structures privées doivent le financer sur leurs fonds propres Ils figurent pour cette raison en emplois du FRE car ils constituent de ce fait un besoin de long terme lié à l'exploitation.

[3] Les comptes de liaison stables peuvent figurer au passif (en cas d'aides provenant d'autres établissements ou siège) ou dans les actifs d'exploitation de long terme en cas de « prêts » temporaires (qui peuvent être à plus d'un an) de l'établissement ou du service à un autre établissement et service géré par la même entité gestionnaire. Ces « prêts » ne sont inscrits ici que dans la mesure où ils concernent des besoins d'exploitation de long terme de l'établissement receveur, tels que décrits plus haut. Suivant les opérations qu'ils retracent les comptes de liaison sont inscrits dans les masses du bilan concernés, les quatre déclinaisons étant prévues dans le bilan financier (FRI, FRE, BFR et TrES)

SOLIDARITÉS

POPULATION, MIGRATIONS

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Division des affaires communautaires et internationales (DACI)

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Instruction n° DSS/DACI/2017/218 du 4 juillet 2017 relative à la revalorisation du barème des allocations familiales servies en application de la convention générale de sécurité sociale du 1er octobre 1980 entre la France et l'Algérie

NOR : *SSAS1719687J*

Date d'application : 1er avril 2017.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : le barème de participation aux allocations familiales servies en application de l'article 49 de la convention franco-algérienne de sécurité sociale du 1er octobre 1980 est revalorisé à compter du 1er avril 2017.

Mots clés : convention générale de sécurité sociale entre la France et l'Algérie - allocations familiales - Barème.

Références :

Convention générale de sécurité sociale entre la France et l'Algérie du 1er octobre 1980 (art. 49) ;

Arrangement administratif du 28 octobre 1981 relatif aux modalités d'application de la convention générale de sécurité sociale entre la France et l'Algérie du 1er octobre 1981 (art. 91) ;

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, notamment son article 104-1 ;

Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016, notamment son article 67 ;

Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 89.

Annexe :

Barème de participation aux allocations familiales à compter du 1er avril 2017.

La ministre des solidarités et de la santé à Monsieur le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ; Monsieur le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ; Monsieur le directeur du centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale (CLEISS).

L'article 49 de la convention générale de sécurité sociale du 1er octobre 1980 entre la France et l'Algérie prévoit une participation forfaitaire de l'État d'activité aux prestations familiales servies par l'État de résidence des enfants.

Cette participation forfaitaire est prise en charge et liquidée directement par l'institution compétente de l'État d'emploi du travailleur, conformément à l'article 90 de l'arrangement administratif du 28 octobre 1981 susvisé, et versée à la Caisse nationale des assurances sociales des travailleurs salariés (CNAS) algérienne.

Le barème des allocations familiales est révisé selon les principes suivants (*cf.* art. 91 de l'arrangement administratif du 28 octobre 1981) :

– la révision se fait compte tenu de la variation des allocations familiales intervenue dans les deux États à la fois au cours de la même année civile ;

– en cas de variation des allocations familiales dans un seul des deux États au cours d'une année déterminée, le taux unitaire du barème est augmenté, l'année suivante, de la moitié des variations intervenues. Cette augmentation constitue une avance à valoir sur la révision du barème à laquelle donnera lieu ultérieurement la variation des allocations familiales dans les deux États à la fois au cours de la même année civile.

En application de ces règles et des dispositions des articles L. 161-25 et L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les autorités compétentes françaises et algériennes, réunies en commission mixte de sécurité sociale, ont arrêté, le 20 avril 2017, le barème des allocations familiales transférables, applicable à compter du 1er avril 2017, conformément à l'article 104-1 de la loi nº 2011-1906 du 21 décembre 2011 qui fixe au 1er avril de chaque année la revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales. Il figure en annexe de la présente instruction.

Je vous serais reconnaissante de bien vouloir en faire application.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. Lignot-Leloup

ANNEXE

BARÈME DE PARTICIPATION AUX PRESTATIONS FAMILIALES AU 1ER AVRIL 2017

NOMBRE d'enfants	PARTICIPATION DES INSTITUTIONS françaises aux allocations familiales servies par les institutions algériennes pour les enfants résidant en Algérie (Montant par enfant en DA)	PARTICIPATION DES INSTITUTIONS algériennes aux allocations familiales servies par les institutions françaises pour les enfants résidant en France (Montant par enfant en euros)
1 enfant	673,25	5,75
2 enfants	1 346,51	11,49
3 enfants	2 019,76	17,24
4 enfants et plus	2 693,02	22,98

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Arrêté modificatif du 5 juillet 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale pour 2017 (57e promotion)

NOR : *SSAS1730421A*

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment l'article R. 123-28 ;

Vu l'arrêté du 9 mai 2017 portant nomination des membres du jury des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale,

Arrêtent :

Article 1er

M. Boureille (Bernard), professeur des universités à l'université Jean-Monnet de Saint-Étienne, est nommé examinateur spécialisé pour l'épreuve technique orale d'économie des concours d'entrée à l'École nationale supérieure de sécurité sociale, en remplacement de Mme L'Harmet Odin (Corinne).

Article 2

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

Fait le 5 juillet 2017.

Pour les ministres et par délégation :
Le chef de service,
adjoint à la directrice de la sécurité sociale,
J. Bosredon

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Décision du 5 juillet 2017 fixant la liste, établie par ordre alphabétique, des candidats admis au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé au titre de l'année 2017

NOR : *SSAS1730464S*

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

Vu l'arrêté du 19 juillet 2007 modifié fixant les conditions de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale et du service du contrôle médical du régime social des indépendants ;

Vu l'avis de concours pour le recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé publié au *Journal officiel* du 15 novembre 2016,

Décide :

Article 1er

Sont inscrits sur la liste d'admission au concours de recrutement des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, du régime social des indépendants et exerçant au sein des agences régionales de santé, au titre de l'année 2017, les candidats dont les noms suivent :

Section pharmacie

1 ALBERTINI BABAI, née ALBERTINI (Sandrine).
2 AUGER (Aurélien).
3 BAUDOIN (Aliénor).
4 BEGON (Sandrine).
5 BELTIER (Maxime).
6 BERTHEUX, née LE BAYON (Emmanuelle).
7 BONNEAU (Laetitia).
8 BONNEFOI (Amélie).
9 BOYE (Marie).
10 CECCHETTO (Marion).
11 CHARLOT (Patrick).
12 CHOURAKI, née DUCOIN (Joséphine).
13 COUREL, née GORLIN (Cécile).
14 DELIENCOURT (Florence).
15 DELLA-ROVERE (Sylvie).
16 DENIS, née FEDERICO (Nancy).
17 DESANLIS (Bertrand).
18 DI PIRRO (Delphine).
19 DROUET, née VUILLEMIN (Anne-Cécile).
20 DU (Sy-Huong).
21 ESPIEUSSAT-EVANNO, née ESPIEUSSAT (Emmanuelle).
22 FABRE-COHEN, née FABRE (Nathalie).

23 FAVRE (Hélène).
24 FIDEL, née ROUBIER (Florence).
25 FONTENEAU-DETOEUF, née FONTENEAU (Laura).
26 GARY-BOBO (Vincent).
27 GIMBERT-CHAN, née GIMBERT (Isabelle).
28 GRIMAL, née LACOMBE (Hélène).
29 GROS (Laurie).
30 GUERRIER, née EMARD (Muriel).
31 GUIET (Antony).
32 HEUGEBAERT-HOLLEBECQUE, née HOLLEBECQUE (Caroline).
33 HEURTEBIZE (Gabriel).
34 HIRSCH (Céline).
35 JUMEL (Céline).
36 KALFON (Carine).
37 LAGRANGE, née DUMAS (Claire).
38 LEFEBVRE (Karine).
39 LEMKARANE (Hanan).
40 LEVRAULT, née LENOBLE (Marie-Christine).
41 LIEGEOIS (Sylvain).
42 LORTIE, née KUPETYTE (Vaïda).
43 MARQUET (Peggy).
44 MARTINETTI, née COMBAREL (Catherine).
45 MOHAMMADI KADIJANI, née BENHASSINE (Edma).
46 MONTOYA, née DIBATISTA (Delphine).
47 MORY (Francis).
48 MOUGEOT (Anne-Stéphanie).
49 NOBLOT-ROSSIGNOL, née ROSSIGNOL (Marie).
50 PARADIS (Bertrand).
51 PEREZ, née BOUSSEAU (Sandrine).
52 PREVOST (Philippe).
53 RAKOTOSOLOFO-LAGUERRE, née RAKOTOSOLOFO (Ursula).
54 RAMES (Antoine).
55 REBATTU (Sophie).
56 RHALIMI, née BENDOUCHA (Faïza).
57 ROVERA (Marc).
58 SICOT (Yannick).
59 SOYER, née PERSON (Ingrid).
60 STROBEL, née DURGETTO (Solange).
61 TETAUD (Carole).
62 TREFFOT (Sophie).
63 VALENDUC (Cédric).
64 VITRE (Pauline).
65 WALTHER (Alexandre).

Fait le 5 juillet 2017.

Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés,
N. REVEL

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV
Caisse nationale d'assurance vieillesse

Liste des conseillers-enquêteurs pénibilité ayant reçu le renouvellement de l'agrément provisoire pour exercer leurs fonctions en application des dispositions de l'arrêté du 30 décembre 2015 fixant les conditions d'agrément des agents chargés des missions de contrôle portant sur l'effectivité et l'ampleur de l'exposition aux facteurs de risques professionnels ou de l'exhaustivité des données déclarées dans le cadre du compte personnel de prévention de la pénibilité

NOR : *SSAX1730396K*

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE du renouvellement de l'agrément provisoire
ISAAC	Leslie	5 août 1975	CGSS Guadeloupe	4 mai 2017
JEANNE	Yann	25 août 1977	CGSS Guadeloupe	4 mai 2017
MARIE-JOSEPH PERRONI	Peggy	21 novembre 1974	CGSS Martinique	2 mai 2017
BIRBA	Rodricka	15 novembre 1980	CGSS Guyane	21 avril 2017

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAV
Caisse nationale d'assurance vieillesse

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

NOR : *SSAX1730403K*

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CARSAT/CGSS	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
DELIAS	Corinne	30 novembre 1963	CARSAT Aquitaine	12 novembre 2015	1er juin 2017

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

CNAF
Caisse nationale des allocations familiales

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

NOR : *SSAX1730461K*

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance	CAF	DATE d'assermentation	DATE de délivrance de l'agrément définitif
DUTHIL	David	29 juin 1974	Paris		2 mai 2017
LOUISON	Eliane	15 août 1984	Paris		2 mai 2017
MICHAUD	Marie-Thérèse	2 avril 1983	Paris		2 mai 2017
VANET	Karine	21 mai 1979	Tarn-et-Garonne		19 mai 2017
OTHONY	Olivier	1er octobre 1975	Martinique		26 mai 2017
MBEMBA-MABIKA	Lightson	19 juin 1976	Yvelines		12 mai 2017
GRELLIER	Jean-Christophe	1er avril 1985	Val-d'Oise		9 juin 2017
COUAPEL	Christelle	21 juin 1976	Val-d'Oise		9 juin 2017
PIERROT	Barbara	31 août 1977	Val-d'Oise		9 juin 2017
GUILLOTTE	Ludovic	29 mai 1978	Val-d'Oise		9 juin 2017
MOGINOT	Vanessa	21 février 1980	Var		12 juin 2017

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-44 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730422S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Carole ALTOUNIAN, en sa qualité d'adjointe au responsable du service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante et des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-46 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730423S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Audrey BERRETTA, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 décembre 2017.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-47 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730424S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Bénédicte BIONNE, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-48 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730425S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Elsa BOULEAU, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-49 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730426S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Stéphanie BOULLEZ-DAMAS, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-50 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730427S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA,

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sihem BOUZIDI, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-51 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730428S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sandrine CORNIER, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-52 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730429S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Aliska DE FONDAUMIERE, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 juillet 2017.

Article 4

Publication

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-53 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730430S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Véronique DERUEL-VALLERAY, en sa qualité d'adjointe du responsable du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est également donnée pour signer tous actes ou lettres formalisant une demande de règlement amiable, dans le cadre de l'action subrogatoire du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration. Cette délégation ne s'étend pas à la signature des protocoles d'accord.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-54 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730431S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Coralie DESHAYES, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-56 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730432S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anouck ELLIE, en sa qualité d'adjointe au responsable du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-57 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730433S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Capucine FERAL, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-58 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730434S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Alexandra GAGNON, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-59 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730435S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Alexandra GOUNORD, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-61 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : NOR : *SSAS1730436S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Anthony HERNANDEZ, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-62 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730437S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anne JACQUIER, en sa qualité de responsable du service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante et des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-63 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730438S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Aïcha KRISSAANE, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-64 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730439S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Nathalie LAMEIRA, en sa qualité de responsable du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 150 000 (cent cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-65 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730440S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Thierry LE GOFF, en sa qualité de responsable des ressources internes du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Gestion des ressources humaines et des relations sociales

Délégation est donnée pour signer toutes les lettres et, plus généralement, tous les documents administratifs qui s'avèrent nécessaires à la gestion des ressources humaines et des relations sociales du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle ainsi que des contrats de travail visant les emplois de responsable de service.

Article 2

Exécution budgétaire

Délégation est donnée pour toutes les lettres, tous les actes et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'exécution budgétaire de l'établissement, et portant sur des sommes inférieures à 25 000 (vingt-cinq mille) euros (HT), à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle.

Article 3

Gestion des achats

Délégation est donnée pour signer les lettres à destination des fournisseurs ainsi que les décisions relatives aux achats inférieurs à 25 000 (vingt-cinq mille) euros (HT) par bon de commande, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une autorisation de dépense budgétée.

Article 4

Délégation de signature en cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA, délégation est donnée pour signer tous actes, décisions, contrats, marchés, conventions et avenants,

toutes propositions d'engagement et d'ordonnance de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reversement et toutes demandes de titre de perception, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des contrats d'objectifs et de performance ainsi que les contrats de travail visant les emplois de responsable de service.

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice et du directeur adjoint du FIVA, délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs et au contentieux indemnitaire, sans limite de montant, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Article 5

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 6

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. Jubenot

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-67 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730441S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Carole LEMOINE, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 décembre 2017.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-68 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730443S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Sébastien L'HOSPITALIER, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-69 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730444S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Deborah LOUZOUN, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-70 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730445S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Laëtitia MARC, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-71 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730446S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Stéphane MIGNON, en sa qualité de responsable du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est également donnée pour signer tous actes ou lettres formalisant une demande de règlement amiable, dans le cadre de l'action subrogatoire du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration. Cette délégation ne s'étend pas à la signature des protocoles d'accord.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-72 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730447S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sabrina MOREAU, en sa qualité d'indemnisateur au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 50 000 (cinquante mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-73 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730448S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Mariam NADIFI, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-74 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730449S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Sandrine NAMET, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-75 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730450S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anne-Xavier NOBIS, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 4

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-76 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730451S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Arnaud PIRON, affecté au service des ressources internes du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Gestion des ressources humaines et des relations sociales

En cas d'absence ou d'empêchement du responsable des ressources internes du FIVA, délégation est donnée pour signer toutes les lettres et, plus généralement, tous les documents administratifs qui s'avèrent nécessaires à la gestion des ressources humaines et des relations sociales du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des documents adressés aux membres du conseil d'administration, aux tutelles et organes de contrôle ainsi que des contrats de travail et de leurs avenants.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-77 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730452S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Anna PORCHER, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 13 octobre 2017.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-78 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730453S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Ludivine ROUER, en sa qualité de conseillère juridique à la direction du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Recours en cassation

Délégation est donnée pour engager tous recours en cassation dans tous les types de contentieux traités par le FIVA, notamment pour valider les mémoires et actes rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Délégation est également donnée pour signer tous les actes et documents relatifs aux procédures d'exécution relatives aux recours en cassation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 2

Recours hors contentieux indemnitaire et subrogatoire

Délégation est donnée pour engager tous recours devant des juridictions de l'ordre judiciaire ou administratif qui ne relèveraient pas du contentieux indemnitaire et subrogatoire du FIVA, pour valider les mémoires et actes rédigées au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Délégation est donnée pour signer tous les actes et documents relatifs aux procédures d'exécution relatives aux recours visés au présent article, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'instruction des dossiers d'indemnisation, ainsi que pour signer les lettres de réponse aux réclamations portées devant la direction du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des provisions et décisions définitives d'indemnisation des demandeurs.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-79 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730454S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Christophe SCHEVENEMENT, en sa qualité de juriste du service contentieux indemnitaire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux indemnitaire

Délégation est donnée pour traiter tous contentieux indemnitaires engagés à l'encontre du FIVA, notamment pour valider les conclusions et tout autre acte de procédure rédigés au nom du FIVA, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, présentées pour la première fois dans les conclusions et dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des nouvelles décisions de rejet statuant en matière de prescription.

Délégation est également donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à l'instruction et l'exécution du contentieux indemnitaire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Provisions

Délégation est donnée pour signer les décisions relatives aux provisions servies aux demandeurs dans le cadre du contentieux indemnitaire, dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions définitives d'indemnisation, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 4

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 5

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-80 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730455S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Lydia THOMAS, en sa qualité de juriste au service indemnisation du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs dont le montant est inférieur à 100 000 (cent mille) euros, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet faisant suite à un avis de la commission d'examen des circonstances d'exposition à l'amiante, des décisions de rejet statuant en matière de prescription et des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Procédure d'instruction des demandes d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de la préparation des décisions visées à l'article 1er ci-dessus, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration.

Article 3

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 31 août 2017.

Article 4

Publication

La présente décision sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-81 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730456S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Hugues TISSOT, en sa qualité de juriste du service contentieux subrogatoire du FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Traitement du contentieux subrogatoire

Délégation est donnée pour engager les recours contentieux subrogatoires au nom du FIVA devant les juridictions de l'ordre judiciaire et administratif, pour intervenir dans les procédures de conciliation mises en œuvre par les caisses de sécurité sociale, et pour signer les conclusions et tout autre acte de procédure rendus nécessaires par le traitement de ces actions, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Délégation est donnée pour signer les lettres et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires à la préparation, l'instruction et l'exécution du contentieux subrogatoire, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des recours en cassation.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA

Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision nº DS 2017-82 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730457S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration ;

Vu l'article 53 de la loi nº 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 ;

Vu le décret nº 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à Mme Marie VERROUST, en sa qualité de chef de projet contrat d'objectifs et de performance/indemnisation au FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Provisions et décisions définitives d'indemnisation

Délégation est donnée pour signer les provisions et décisions définitives relatives à l'indemnisation des demandeurs, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des décisions de rejet pour défaut de pièces.

Article 2

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 3

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 20 avril 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT

PROTECTION SOCIALE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

FIVA
Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Décision n° DS 2017-83 du 1er juillet 2017 portant délégation de signature au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

NOR : *SSAS1730458S*

Vu l'article L. 322-6 du code des relations entre le public et l'administration,

Vu l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 sur le financement de la sécurité sociale pour 2001,

Vu le décret n° 2001-963 du 23 octobre 2001 portant application de la loi susvisée ;

Vu l'arrêté en date du 26 juin 2017 de la ministre des solidarités et de la santé, et du ministre de l'action et des comptes publics, portant nomination par intérim de M. Daniel JUBENOT comme directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 21 janvier 2003 relative à la délégation du conseil d'administration au directeur du FIVA ;

Vu la délibération du conseil d'administration du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante en date du 10 juillet 2003 relative au règlement intérieur de l'établissement,

Le directeur par intérim du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) donne délégation de signature à M. Boris VIDEMANN, en sa qualité de responsable budgets, marchés publics et contrôle de gestion au FIVA, dans les conditions suivantes :

Article 1er

Exécution budgétaire

Délégation est donnée pour toutes les lettres, actes et, plus généralement, tous les documents qui s'avèrent nécessaires dans le cadre de l'exécution budgétaire de l'établissement, et portant sur des sommes inférieures à 25 000 (vingt-cinq mille) euros (HT).

Article 2

Gestion des achats

Délégation est donnée pour signer les lettres à destination des fournisseurs ainsi que les décisions relatives aux achats inférieurs à 25 000 (vingt-cinq mille) euros (HT) par bon de commande, dès lors qu'elles s'inscrivent dans le cadre d'une autorisation de dépense budgétée.

Article 3

Demande d'abondement

Délégation est donnée pour signer les demandes d'abondement de trésorerie émises dans le cadre de la convention conclue entre le FIVA, la CNAMTS et l'ACOSS par tranche de 20 000 000 (vingt millions) d'euros.

Article 4

Délégation de signature en cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice, du directeur adjoint et du responsable des ressources internes du FIVA

En cas d'absence simultanée ou d'empêchement de la directrice, du directeur adjoint et du responsable des ressources internes du FIVA, délégation est donnée pour signer tous actes, décisions, contrats, marchés, conventions et avenants, toutes propositions d'engagement et d'ordonnancement de paiement, de virement, toutes pièces justificatives de dépenses, tous ordres de reverse-

ment et toutes demandes de titre de perception, dans le respect des orientations et délibérations adoptées par le conseil d'administration, à l'exclusion des contrats d'objectifs et de performance ainsi que les contrats de travail visant les emplois de responsables de service.

Article 5

Délégation temporaire

La présente décision prendra fin le 30 juin 2018.

Article 6

Publication

La présente décision, qui abroge la délégation du 6 juin 2017, sera publiée au *Bulletin officiel* santé, protection sociale, solidarité et sur le site Internet du FIVA.

Fait le 1er juillet 2017.

Le directeur par intérim
du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante,
D. JUBENOT